Nr. 29 i 30. 23. lipca 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Halina POPŁAWSKA, asystentka. Otwock.

Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc i krtani allochryzyną Lumière'a.

Z Uzdrowiska st. m. Warszawy dla chorób płucnych w Otwocku.
Dyrektor: Dr. Zdzisław Szczepański.

Od chwili głośnego wykrycia sanokryzyny przez Mollgaarda w 1924 r., piśmiennictwo lekarskie polskie, jak i zagraniczne, nie przestaje żywo interesować się sprawą leczenia gruźlicy złotem.

Szerokiemu ogółowi znany jest szereg przetworów złota, jak wyżej wspomniana sanokryzyna duńska, polski *aurosan*, następnie *triphal*, *crysolgan* i t. p., wreszcie jeden z nowszych preparatów francuskich — *allochryzyna* Lumière'a.

W niniejszej pracy podaję wyniki leczenia tym przetworem, dotyczące 12 przypadków, obserwowanych przez dłuższy czas w Uzdrowisku Miejskiem w Otwocku.

Allochryzyna jest to — sól złotowa siarczanu sodowego tioglicerydu — sporządzona w r. 1927 przez A. Lumière'a i F. Perrin'a.

Budowa chemiczna jej odpowiada następującej formułce: ($C_8 H_{13} O_8 Au Na_2$).

$$
\begin{array}{ccc}
CH_2 - SAu & & CH_2 - SH \\
| & & \\
CHOH & + & CHOH \\
& & \\
CH_2 SO_3 Na & & CH_2 SO_3 Na
\end{array}
$$

Mamy tu 2 drobiny siarkowe. Jedna z nich jest bezpośrednio związana z metalem *(Au)* — stała. Druga połączona z wodorem *(H)* — chwiejna, łatwo odszczepiająca się. Ta właśnie cecha ma nadawać jej spotęgowane własności katalityczne, sprzyjające procesom utleniania i redukcji tlenu w tkankach, a więc przyśpieszające ogólną przemianę materji.

Rozczyny All. L. zawierają *2%* soli złota. Są stałe i bardzo łatwo wsysają się. Posiadają bardzo małą toksyczność. Podług Mollard'a, dla wywołania objawów zatrucia, trzeba przekroczyć dawkę 0,1 g złota na 1 kg wagi świnki morskiej.

All. L., jak podaje Forestier, wydziela się przez nerki i drogą przewodu pokarmowego. Wydzielanie rozpoczyna się szybko — w pierwszych godzinach po wprowadzeniu przetworu. Odbywa się powoli i trwa bardzo długo.

Forestier i Tiroloix wykrywali złoto w moczu i kale po kilku miesiącach skończonego leczenia. W ten sposób wydziela się mniejwięcej 40% wprowadzonego do ustroju złota.

Stosuje się, jak wspomniałam, *2%* rozczyn soli złota w osobnych ampułkach po 0,05—0,1—0,2 + rozczyn fizjologiczny soli po 8 cm³ w ampułce.

Rozczyn sporządza się *ex tempore.* Preparat wprowadza się śródmięśniowo co tydzień, rozpoczynając od dawki 0,05, dochodząc stopniowo do 0,2 — każdorazowo badając mocz przed i po zastrzykiwaniu złota.

Ogólna dawka waha się od 3 do 5 g.

Obserwowaliśmy przez dłuższy czas i dokonaliśmy całkowitego leczenia na 12 przypadkach. Z tych — 10 kobiet i 2 mężczyzn.

Na najbardziej szczegółowy opis zasługują następujące przypadki:

Przypadek 1: Katarzyna S., siostra miłosierdzia, znajduje się w obserwacji od 7 lat. Choroba rozpoczęła się ogólnem niedomaganiem, stanami podgorączkowemi i kaszlem. Systematycznie leczy się w Otwocku od roku 1926 po 3—4 miesiące. Ostatnio przybyła do Uzdrowiska dnia 7 stycznia 1932 r. W dzieciństwie przechodziła płonicę, zapalenie płuc i opłucnej z wysiękiem ropnym, zakończonym wypiłowaniem żeber, potem dur brzuszny. Wywiad rodzinny bez znaczenia.

Wzrost wysoki, waga 70 kg, budowa prawidłowa, odżywianie dobre. Na lewej połowie klatki piersiowej, na wysokości 6—7 żebra — blizna po wypiłowaniu żeber. Skóra i błony śluzowe widoczne, bardzo blade. Ciepłota — 37,5. Tętno — 80—100.

Badanie fizykalne: przytłumienie nad obu górnemi płatami. Nad lewym górnym płatem — oddech pęcherzykowy, nieoznaczony. Rzężenia grube i średnio-bańkowe, dźwięczne. Ruchomość przepony po stronie lewej — zniesiona. Nad lewym dolnym płatem — przytłumienie, oddech pęcherzykowy, osłabiony.

Nad prawym górnym płatem oddech pęcherzykowy również osłabiony. Pojedyńcze trzeszczenia po kaszlu. Serce w granicach prawidłowych. Tony czyste. Akcja serca przyśpieszona.

Ze strony jamy brzusznej zmian niema. System nerwowy — pobudliwy. Odruchy wszystkie zachowane.

Roentgen: lewe płuco zwężone. Szczyty obustronnie zwężone i przyćmione. Lewy dolny płat jednolicie zawoalowany, zlewa się z cieniem serca. Kąt przeponowo-żebrowy zatarty. Na wysokości 4 przestrzeni międzyżebrowej — jama. Dookoła drobnoplamiste zaciemnienia.

Prawe pole płucne przejrzyste. Cienie wnęk wybitnie powiększone ze smugami cieniowemi ku szczytowi i przeponie. Pojedyńcze drobne zwapnienia w pobliżu wnęki.

Serce małe. Śródpiersie przesunięte nieco na prawo. Kąt przeponowo-żebrowy wolny.

Koch +. Mocz — b. z. Biernacki — 1 g. 30 m.

Schilling:	z	e	Myel.	Mł.	Pał.	Podz.	Limf.	Mon.
	1%	1%	—	6%	8%	64%	17%	3%

Rozpoznanie: *Phtisis declarata fibro-caseosa cavernosa pulmonis utriusque praecipue pulmonis sinistri pr. chr. et adhaesiones pleurae sinistrae.*

Po paromiesięcznej obserwacji chorej zalecono All. L. Chora preparat znosiła dobrze. Odczynu gorączkowego nie miała i żadnego ubocznego działania nie odnotowano. Analiza moczu, dokonywana każdorazowo przed i po wprowadzeniu złota — białka nie wykazała.

W sumie chora otrzymała 3 g All. L.

Poprawa była znakomita. Chora przybyła na wadze 6 kg. Przestała gorączkować, nie kaszlała, odpluwała bardzo mało. Kilkakrotne badanie plwociny prątków Kocha nie wykazało. Mocz — b. z. Biernacki — 2 g. 15 m.

Schilling:	z	e	Myel.	Mł.	Pał.	Podz.	Limf.	Mon.
	1%	2%	—	—	4%	62%	30%	1%

Osłuchowo — szmer oddechowy nad obu górnemi płatami i lewym dolnym osłabiony. Szmerów dodatkowych nie słychać.

Roentgen: płuco prawe — b. z.; płuco lewe — znaczne wyjaśnienie rysunku płucnego. Cienie wnęk duże. Rysunek jamy zatarty.

Chora opuściła Uzdrowisko z wybitną poprawą i ze zdolnością do pracy.

Mamy tu do czynienia z obostrzeniem, które wystąpiło w przebiegu gruźlicy płuc przewlekłej, włóknisto-serowatej, trwającej już od szeregu lat.

Dla podniesienia sił obronnych ustroju konieczny był nowy bodziec.

All. L. jaknajlepiej wywiązała się z przeznaczonej jej roli, podejmując walkę z zakażeniem, i wspólnie z powołanemi do życia i działania siłami obronnemi, kończąc ją zwycięsko kompletnem uspokojeniem procesu gruźliczego. Chora pracuje, jako siostra miłosierdzia, w szpitalu dla chorób zakaźnych i czuje się bardzo dobrze.

Przypadek 2: Władysława Cz., lat 38, pielęgniarka. Choruje od 2 lat. Choroba rozpoczęła się nagle — silnym krwotokiem, po którym wystąpiły stany podgorączkowe, kaszel i chrypka, oraz ogólne osłabienie.

Chora w dzieciństwie przechodziła odrę, koklusz, dur brzuszny, miewała często anginy.

Wywiad rodzinny — bez znaczenia.

Wzrost wysoki, budowa prawidłowa. Odżywianie dobre. Waga 80 kg. Ciepłota 37, tętno 80—90.

Badanie fizykalne i rentgenologiczne wykazało naciek podobojczykowy lewy.

Serce w granicach normy. Tony czyste. Akcja serca przyśpieszona.

Ze strony jamy brzusznej zmian patologicznych nie stwierdza się.

System nerwowy pobudliwy. Odruchy wzmożone.

Koch +. Mocz b. z. Biernacki 18 m.

Rozpoznanie: *Phtisis declar. fibro-cas. lobi sup. pulm. sin. pr. chr.*

Chorej założono odmę sztuczną lewostronną. W ciągu 4—6 tygodni wynik był bardzo dobry. Chora czuła się znacznie lepiej, chociaż absolutnego ucisku nie dało się uzyskać, z powodu zrostów. Wkrótce nastąpiło pogorszenie: ciepłota podniosła się do 37,5 — pojawiły się bóle w prawym szczycie i silny kaszel. Chora odpluwa niewiele.

Koch +. Mocz b. z. Biernacki 40 m.

Fizykalnie — nad prawym górnym płatem przytłumienie. Oddech pęcherzykowy, zaostrzony z wydechem przedłużonym. Pojedyńcze trzeszczenia — więcej po kaszlu.

Chorej zalecono All. L., jednocześnie stosując odmę po stronie lewej. Chora otrzymała 1,5 g All. L.

Ogólnie czuła się znacznie lepiej — chociaż prątków nie straciła.

Biernacki 1 g. 25 m. Ciepłota 37, waga b. z.

W tym stanie chora opuściła Uzdrowisko. Po 3 miesięcznej przerwie zgłosiła się ponownie. Odma lewostronna niecałkowita — szmerów dodatkowych jednak nie słychać. Nad prawym górnym płatem oddech pęcherzykowy, zaostrzony. W głębi pojedyńcze trzeszczenia.

Roentgen: Lewe płuco — częściowo zwinięte, rysunek zamazany, pęcherz powietrzny ograniczony, kąt przeponowo-żebrowy zatarty; prawe płuco — ograniczony naciek podobojczykowy z wyjaśnieniem w środku.

Koch —. Mocz b. z. Biernacki 80 m. Chorej nadal zaczęto stosować All. L. W całości otrzymała 5,5 g.

Odma lewostronna zamknęła się. Chora opuściła uzdrowisko w bardzo dobrym stanie.

Fizykalnie — lewe płuco — przytłumienia nad prawym górnym płatem. Szmer oddechowy osłabiony.

Prawe płuco — przytłumienie nad prawym górnym płatem. Oddech pęcherzykowy, zaostrzony z wydechem przedłużonym. Szmerów dodatkowych nie słychać.

Roentgen — zaciemnienie lewego pola płucnego. Zewnętrznie więcej ku szczytowi widać wąskie pasmo powietrza. Kąt przeponowo-żebrowy zatarty.

Nad prawym górnym płatem zaciemnienie z drobnem wyjaśnieniem nad obojczykiem.

Waga 82 kg. Temperatura prawidłowa. Tętno — 70. Biernacki 2 g. Koch —. Mocz b. z.

Jest to przypadek gruźlicy płuc włóknisto-serowatej ze skłonnością do rozpadu. Początek ostry — naciekowy. Przebieg złośliwy i uporczywy. Pomimo założenia odmy sztucznej po stronie lewej i stosowania All. L. następuje po 3 miesiącach przerwy przerzut po stronie prawej w postaci nacieku podobojczykowego z tendencją do rozpadu. Dalsze systematyczne stosowanie All. L. (4,5 g) zahamowuje proces gruźliczy w płucach, następuje bujanie łączno-tkankowe i pierwotna postać gruźlicy włóknisto-serowatej z przewagą serowacenia, przekształca się w postać wybitnie włóknistą; o charakterze łagodnym z tendencją bardzo dobrą.

Chora już od 2 lat pracuje samodzielnie w swoim zawodzie i czuje się doskonale, chociaż — nadmienić należy — że znajduje się stale w miejscowości klimatycznej.

Przypadek 3: Wanda Ł., lat 21, studentka. Choruje od 5 lat. Początkowo miała tylko powiększone gruczoły szyjne. W parę lat potem wystąpiła chrypka, która stopniowo przeszła w zupełną utratę głosu. Przed kilku laty przebyła dur brzuszny.

Ojciec choruje na gruźlicę, brat zmarł na gruźlicę płuc. Chora wzrostu średniego. Budowy prawidłowej. Odżywiania dostatecznego. Skóra i widoczne błony śluzowe bladosine. Waga — 51,900. Ciepłota 38. Tętno 100.

Badanie fizykalne: przytłumienie nad obu górnemi płatami. Oddech oskrzelowy. Rzężenia grubo i średnio-bańkowe, dźwięczne, liczne.

Serce w granicach normy. Tony serca czyste. Akcja przyśpieszona.

Jama brzuszna bez zmian. System nerwowy pobudliwy.

Roentgen: grubo-plamiste, zlewające się, zaciemnienia całego lewego płuca z różnej wielkości wyjaśnieniami.

Prawy górny płat — grubo-plamisto zaciemniony. Pod obojczykiem — duża jama.

Przepona obustronnie ruchoma.

Koch +. Biernacki 1 g. 24 m. Mocz b. z.

Laryngologicznie stwierdza się naciek głęboki z bujaniem na strunach głosowych.

Rozpoznanie: *Phtisis declar. fibro-cas. cav. pulm. utr. pr. chr. et tbc. laryngis.*

Po 6 tygodniowej obserwacji chorej zastosowano kurację All. L. w zwykłych dawkach od 0,05 do 0,2.

Chora znosiła preparat bardzo dobrze. Otrzymała 2,5 g. poprawiła się bardzo. Na wadze przybyła 7 kg. Nie gorączkuje. Kaszel, oddawanie plwociny — minimalne. Plwocina jednak wykazywała obecność prątków. Mocz b. z. Biernacki 2 g.

Osłuchowo — szmer oddechowy zaostrzony z wydechem przedłużonym, rzężeń znacznie mniej, niż poprzednio.

W krtani naciek cofnął się. Pozostały blizny pozapalne. Chora odzyskała głos, chociaż dźwięk jego jest jeszcze bardzo niski i matowy.

Roentgen — znaczne wyjaśnienie obu pól płucnych.

Po 6-miesięcznej kuracji, chora wyjechała z dużą poprawą i przez dłuższy czas czuła się zupełnie dobrze.

Gruźlica płuc obustronna, włóknisto-serowata, powikłana gruźlicą krtani, pod wpływem All. L., przechodzi w postać wybitnie łagodną z tendencją do zwłóknienia i zbliznowacenia.

Przypadek 4: Zofja S., lat 20. W obserwacji od 3 lat. Choroba rozpoczęła się ogólnem niedomaganiem, kaszlem i stanami podgorączkowemi. W dzieciństwie była słabowita. Warunki miała dobre. Ojciec stale choruje na gruźlicę.

Wzrost wysoki. Waga 53 kg. Ciepłota 37,8. Tętno 90. Konstytucja wybitnie asteniczna.

Badanie fizykalne i rentgenologiczne wykazało naciek w prawym dolnym płacie z rozmiękczeniem pośrodku.

Koch +. Mocz b. z. Biernacki 1 g.

Chorej zastosowano odmę sztuczną prawostronną. Po 2 miesięcznem stosowaniu odmy, chora wyjechała z uzdrowiska ze znakomitą poprawą.

Roentgen wykazywał absolutne zwinięcie się prawego płuca, lewe płuco bez zmian.

Serce w granicach normy. Ruchomość przeponowo-żebrowa zachowana.

Prątków w plwocinie nie stwierdzono.

W pół roku po założeniu odmy prawostronnej, chora ponownie zaczęła niedomagać. Gorączkowała do 38. W plwocinie wykryto prątki Kocha. Chora po raz wtóry zgłosiła się do uzdrowiska.

Badanie fizykalne i rentgenologiczne wykazało naciek podobojczykowy lewostronny. U chorej zaniechano odmy prawostronnej i założono odmę po stronie lewej. Po kilku dopełnieniach, ciepłota obniżyła się. Kaszel i plwocina zmniejszyły się znacznie. Badanie plwociny jednak wykazało prątki Kocha. Samopoczucie — średnie, uporczywy brak łaknienia. Po zastosowaniu insuliny, chora poczuła się lepiej, przybyła na wadze i w względnie dobrym stanie opuściła uzdrowisko.

W 3 miesiące potem nastąpiło nowe obostrzenie. Chora po raz 3-ci zgłasza się do uzdrowiska.

Badanie fizykalne i rentgenologiczne stwierdza naciek podobojczykowy po stronie prawej. Chorej wznowiono odmę prawostronną przy istniejącej już odmie lewostronnej. Odma obustronna była dopełniana systematycznie, ale niejednocześnie.

Stan chorej nie uległ poprawie. Temperatura stale utrzymywała się około 38—39. Akcja serca przyśpieszona, często niemiarowa. Tętno 120. Biernacki 36 m. Koch +. Brak łaknienia, spadek wagi.

W tym czasie po stronie lewej pojawił się płyn, który wkrótce wessał się. Odmę stosowano nadal. Po stronie prawej powietrze wchodziło z coraz większą trudnością przy wysokiem ciśnieniu. Wreszcie odmy prawostronnej zaniechano. Jama opłucna zamknęła się. Naciek podobojczykowy prawy zaczął szybko powiększać się. Obejmował cały górny płat, o nacieczeniu wybitnie intensywnem, z rozjaśnieniem pośrodku.

Osłuchowo: oddech oskrzelowy. Liczne rzężenia grubo i średnio-bańkowe, dźwięczne. Po stronie lewej oddech niesłyszalny (odma).

Chorej dokonano wyrwania nerwu przeponowego prawego. W parę dni po zabiegu wystąpiły ostre bóle w jamie brzusznej, w prawej jamie biodrowej i w okolicy pępkowej.

Przy wymacywaniu wyczuwało się guzowatości o konstytucji twardej, nieruchome i bardzo bolesne.

Naciek powiększał się coraz bardziej. Ciepłota dochodziła do 39. Ogólny stan znacznie pogorszył się.

Biernacki 20 m.

Schilling:	z	e	Myel.	Mł.	Pał.	Podz.	Limf.	Mon.
	—	2%	—	3%	3%	70%	15%	7%

Chorej zastosowano, jako środek ostateczny, All. L. Chora znosiła zabieg bardzo dobrze. Po 4 tygodniach od chwili rozpo-

częcia leczenia złotem, ciepłota zaczęła obniżać się. Samopoczucie polepszyło się.

Fizykalnie i rentgenologicznie stwierdzono tendencję nacieku do cofania się: rozległość i intensywność nacieku zmniejszyły się znacznie. Wybitnie ostry charakter szmeru oddechowego, oskrzelowego zmienił się na miękki, chuchający. Rzężenia stały się mniej liczne i mniej dźwięczne. Niestety, w tym czasie pojawiły się biegunki i kurację złotem trzeba było przerwać. Biegunki jednak szybko ustały. Guzowatości i bolesność w jamie brzusznej też zniknęły. Wobec tego All. L. zaczęliśmy stosować w dalszym ciągu. Po 4 miesiącach kuracji chora otrzymała 2 g All. L. Samopoczucie niezłe. Kaszle niewiele. Odpluwa 30—50 cm³. Koch —. Ciepłota 37,5. Waga 51,500. Biernacki 45 m.

Schilling:	z	e	Myel.	Mł.	Pał.	Podz.	Limf.	Mon.
	—	2%	—	2%	3%	60%	25%	8%

W tym czasie po stronie lewej wywiązał się płyn. Dopełnień odmy zaniechano.

Fizykalnie: nad prawem górnym płatem przytłumienie. Szmer oddechowy nieoznaczony. Wysłuchuje się nieliczne rzężenia grubo- i średnio-bańkowe, więcej po kaszlu.

Nad lewem płucem przytłumienie, szmer oddechowy osłabiony. Szmer w dodatkowych — nie słychać.

Roentgen — zaciemnienie o średniej intensywności, obejmujące prawie cały górny płat. Nad dolnym prawym płatem rozsiane drobno-plamiste zaciemnienia. Prawa przepona ustawiona o 3 cm powyżej normy. Lewe płuco zwinięte do połowy swej objętości. Powietrze utrzymuje się do 4 żebra, poniżej — płyn.

Rozpoznanie: *Phtisis consumpt. fibro-cas. cav. pulm. utr. pr. subacuta. Adhaesiones pleurae dextrae. Seropneumothorax sin.*

Rokowanie niepomyślne. Chora wyjechała z uzdrowiska i w 5 miesięcy potem zmarła.

Powyższy przypadek zaliczyć należy do wyjątkowo złośliwych, przebiegających z nadzwyczajną uporczywością i wybitnem zatruciem.

All. L. okazała w przebiegu ostatniego nacieku działanie hamujące i przeciwtoksyczne — czyto drogą bezpośrednią, czy też pośrednią, zwiększając siły obronne ustroju. W każdym bądź razie działanie All. L. było niezawodnie dobroczynne, tylko, niestety krótkotrwałe.

Przypadek 5: Marja K., lat 28, krawcowa, choruje od 7 lat. Choroba rozpoczęła się obfitym krwotokiem, po którym następowały częste krwioplucia. W dzieciństwie przechodziła odrę, anginę, grypę. Wywiad rodzinny bez znaczenia.

Wzrost wyżej średniego. Waga 48,400. Ciepłota 37,8. Tętno 90—100. Budowa wybitnie asteniczna. Odżywianie złe. Wyniszczona. Skóra i widoczne błony śluzowe bardzo blade.

Badanie fizykalne: przytłumienie nad obu górnemi płatami, nad prawym górnym płatem oddech oskrzelowy. Rzężenia grubo i średnio-bańkowe, dźwięczne i liczne. Objawy jamy. Nad lewym górnym płatem — oddech pęcherzykowy zaostrzony, z wydechem przedłużonym. Rzężenia średnio i drobno-bańkowe, dźwięczne.

Roentgen: prawe pole płucne — nasycone, zlewające się zaciemnienia prawego górnego płata. Pod obojczykiem — jama. Poniżej w pobliżu wnęki — druga — nieco mniejsza.

Lewe pole płucne — lewy szczyt przyćmiony i zwężony. Cienie wnęk — wybitnie powiększone, ze smugami cieniowemi ku przeponie i szczytowi. W pobliżu wnęki wyjaśnienie owalne — prawdopodobnie jama.

W plwocinie prątki Kocha obecne. Mocz b. z. Biernacki — 40 m.

Rozpoznanie: *Phtisis declar. fibro-cas. cav. pulm. utr. pr. chr.*

Chorej zastosowano All. L. Chora znosiła preparat bardzo dobrze i w całości otrzymała 1 g. Poprawiła się bardzo, przestała gorączkować. Zaczęła przybywać na wadze. Kaszlała i odpluwała znacznie mniej.

Osłuchowo znacznie mniej rzężeń.

Prątki Kocha stale obecne w plwocinie.

W względnie dobrym stanie chora opuściła uzdrowisko. W rok potem zgłosiła się ponownie, z dużem pogorszeniem. Na wadze straciła 9 kg. Często miewała krwioplucia. Gorączkowała do 39.

Badanie fizykalne: przytłumienie nad obu górnemi płatami Nad prawym górnym płatem oddech oskrzelowy. Rzężenia grubo i średnio-bańkowe, dźwięczne, bardzo liczne. Objawy jamy. Nad lewym górnym płatem oddech nieoznaczony. Rzężenia średnie i drobno-bańkowe, dźwięczne, bardzo liczne.

Roentgen: prawe pole płucne — drobno-plamiste, rozsiane zaciemnienia, gdzieniegdzie zlewające się. Pod obojczykiem jama, poniżej druga. Otoczki grube.

Lewe pole płucne — drobno-plamiste zaciemnienia całego płuca, przeważnie w okolicy podobojczykowej. W drugiej przestrzeni międzyżebrowej jama. Cienie wnęk i smugi cieniowe wzmożone. Ruchomość obu płuc zachowana.

Koch +. Mocz b. z. Biernacki 67 m.

Schilling:	z	e	Myel.	Mł.	Pał.	Podz.	Limf.	Mon.
	1/2%	1/2%	—	—	2%	67%	19%	11%

Chorej ponownie zalecono All. L. W zwykłych dawkach od 0,05, szybko przechodząc do 0,1 i 0,2. Tym razem wynik był bardzo dobry. W całości chora otrzymała 2,5 g złota. Ogólnie poprawiła się bardzo. Na wadze przybyła 6 kg. Ciepłotę miała lekko podgorączkową, kaszlała i odpluwała bardzo niewiele. Kilkakrotne badanie plwociny prątków nie wykazało.

Mocz b. z.. Biernacki 1,5 g.

Schilling:	z	e	Myel.	Mł.	Pał.	Podz.	Limf.	Mon.
	—	2%	—	—	2%	58%	30%	8%

Fizykalnie: przytłumienie nad obu górnemi płatami. Oddech pęcherzykowy obustronnie osłabiony z wydechem przedłużonym. Nad prawym górnym płatem od tyłu — pojedyńcze drobno-bańkowe rzężenia.

Roentgen: znaczne wyjaśnienie obu pól płucnych. Rysunek jam w prawym płucu zachowany, ale znacznie zmniejszony, nieco zatarty.

W lewem płucu jama prawie niewidoczna.

Chora wypisała się w bardzo dobrym stanie.

Przypadek ten, o charakterze włóknisto-serowatym, z przewagą serowacenia i skłonnością do rozpadu, pod wpływem All. L. przechodzi w postać wybitnie włóknistą z tendencją bardzo dobrą.

Przypadek 6: Jadwiga P., lat 25, przy matce, jest na obserwacji od 2 lat. Choroba rozwinęła się po zapaleniu płuc lewostronnem. W parę miesięcy potem nastąpił silny krwotok. Chora została skierowana do szpitala Wolskiego, gdzie zastosowano jej All. L. (0,45).

W dzieciństwie przechodziła ospę naturalną, grypę, później zapalenie wyrostka robaczkowego i zapalenie płuc lewostronne. Wywiad rodzinny bez znaczenia.

Wzrost bardzo wysoki. Waga 57,400. Budowa wybitnie asteniczna. Klatka piersiowa zapadnięta. Trzyma się pochyło. Skrzywienie kręgosłupa lewostronne. Odżywianie złe, skóra i widoczne błony śluzowe — blade.

Ciepłota 37.5. Tętno 80—90.

Badanie fizykalne: przytłumienie nad obu górnemi płatami. Tamże oddech pęcherzykowy zaostrzony z wydechem przedłużonym. Rzężenia drobno i średnio-bańkowe, dźwięczne i bardzo liczne.

Serce w granicach prawidłowych. Tony czyste. Akcja przyśpieszona.

Bolesność w jamie brzusznej: w prawym dole biodrowym i w okolicy pępka. Przy wymacywaniu wyczuwa się nieduże guzowatości, bolesne, nieruchome, twarde.

System nerwowy wybitnie pobudliwy. Dermografizm i odruchy ścięgnowe wzmożone.

Odruchy rogówkowe i miękkiego podniebienia zniesione.

Roentgen: drobno i grubo-plamiste zaciemnienia obu pól płucnych, więcej po stronie prawej, o charakterze prosówkowym. Ruchomość płuc obustronnie zachowana. Serce wiszące.

Koch +. Mocz b. z. Biernacki 1,5 g.

Schilling:	z	e	Myel.	Mł.	Pał.	Podz.	Limf.	Mon.
	—	4%	—	—	3%	69%	20%	4%

Rozpoznanie: *Phtisis declar. fibro-cas. cav. pulm. utr. pr. chr.*

Po krótkiej obserwacji chorej zalecono All. L. w zwykłych dawkach. Przebieg kuracji był bardzo dobry — bez żadnych odczynów miejscowych, ani ogólnych. Coprawda, od czasu do czasu robiliśmy małe przerwy, ze względu na występujące okresowo bóle w jamie brzusznej. Biegunek nigdy nie było. W całości chora otrzymała 2,5 g. All. L. Wynik był bardzo dobry. Chora przybyła na wadze 6,5 kg. Przestała gorączkować. Kaszel i plwocina zmniejszyły się znacznie. Kilkakrotne badanie plwociny prątków nie wykazało. Mocz. b. z. Biernacki 3 g. 20 m.

Schilling:	z	e	Myel.	Mł.	Pał.	Podz.	Limf.	Mon.
	1 1/2%	1%	—	—	6%	60%	29%	2 1/2%

Osłuchowo — pojedyńcze drobnobańkowe rzężenia po kaszlu nad prawym górnym płatem.

Roentgen: znaczne wyjaśnienie obu pól płucnych. Rysunek nieco zamazany. Żadnych zaciemnień nie widać. Cienie wnęk nieco powiększone. Jedno duże zwapniałe ognisko w prawej wnęce. Kąty przeponowo-żebrowe wolne.

Ta sama chora w kwietniu ub. r. miała wyraźne objawy podrażnienia mózgowia. Obraz kliniczny przypominał *encephalitis lethargica,* z wysoką temperaturą, bólem głowy, zamroczeniem, oczopląsem, podwójnem widzeniem i nudnościami. Chora była skierowana do szpitala zakaźnego, gdzie dokonano nakłucia lędźwiowego. W parę dni po zabiegu objawy powyższe ustąpiły.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nic specyficznego nie wykazało.

W 6 miesięcy potem u chorej znowu wystąpiły podobne objawy, o znacznie mniejszem nasileniu, bez oczopląsu i podwójnego widzenia. Po 2 tygodniach ustąpiły bez śladu.

Mieliśmy tu, prawdopodobnie, do czynienia z okresowem rozsianiem gruzełków gruźliczych, o charakterze prosówkowym, na oponach mózgowych — *(meningitis tbc.)* — które szybko cofnęło się, dzięki spotęgowanym przez stosowanie All. L. siłom obronnym ustroju.

Powyższy przypadek jest powikłany i bardzo uporczywy. Opisane objawy kliniczne świadczą o generalizacji zarazka w ustroju z coraz to innem jego umiejscowieniem w poszczególnych narządach (płuca, jama brzuszna, opony mózgowe).

All. L., jako doskonały bodziec do walki ustroju z infekcją gruźliczą, okazała działanie przeciwtoksyczne i hamujące na przebieg procesu gruźliczego w całym organiźmie.

Chora obecnie czuje się dobrze, choć od kilku miesięcy znajduje się poza uzdrowiskiem i w warunkach niezbyt sprzyjających.

Z pozostałych 4 przypadków kobiecych — 2 (7 i 8) były dobre — chore dotychczas czują się nieźle, coprawda stale znajdują się w dobrych warunkach materjalnych i klimatycznych.

Dwa drugie — bez należytego wyniku:

Przypadek 9: — gruźlicy rozwiniętej, jednostronnej, z częściowemi zmianami po stronie drugiej *(Phtisis declar. fibro-cas. cav. pulm. sin. et partis sup. pulm. dextri pr. chr.).*

Chorej zastosowano odmę — bezskutecznie. Wyrwanie nerwu przeponowego lewego — z okresowem polepszeniem, wreszcie All. L. Po kilku injekcjach wystąpiły biegunki i stosowanie złota przerwano.

Przypadek 10. gruźlicy rozpadowej, obustronnej, powikłanej gruźlicą krtani *(Phtisis consumptiva fibro-cas. cav. pulm. utr. pr. chr. et tbc. laryngis).* Po kilku próbach stosowania All. L. nastąpiło pogorszenie krtani i zabiegi natychmiast przerwano.

W ostatnich 2 przypadkach All. L. była zastosowana jako środek ostateczny i, jak było do przewidzenia, nie dała żadnych wyników. Do tych niepomyślnych przypadków zaliczyć należy jeszcze jeden przypadek, (11), rozpadowej gruźlicy płuc obustronnej, powikłanej gruźlicą krtani — u mężczyzny — identyczny z przypadkiem 10, co do charakteru, nasilenia i przebiegu sprawy. Po kilku zastrzykach nastąpiło zejście śmiertelne.

Natomiast 12 i ostatni przypadek zasługuje na wyjątkową uwagę.

Przypadek 12: dotyczy mężczyzny lat 45 — Antoniego G., felczera. Chory na obserwacji od 2 lat. Choroba rozpoczęła się chrypką i stanami podgorączkowemi oraz uporczywym kaszlem. W dzieciństwie przechodził płonicę, w wieku późniejszym — ropień kiszki stolcowej. Był operowany.

Wywiad rodzinny bez znaczenia.

Wzrost wysoki, waga 75,500. Budowa prawidłowa. Odżywienie dobre. Skóra i widoczne błony śluzowe blado-sine.

Ciepłota 37,5. Tętno 100—120.

Badanie fizykalne: przytłumienie nad lewym górnym płatem; oddech pęcherzykowy, oskrzelowy; rzężenia grubo i średnio-bańkowe, dźwięczne. Objawy jamy.

Serce w granicach prawidłowych. Tony serca czyste. Akcja przyśpieszona. Ze strony jamy brzusznej zmian patologicznych nie stwierdzono.

System nerwowy pobudliwy.

Koch +. Mocz b. z. Biernacki 1 g. 30 m.

Roentgen: jednolite zaciemnienie lewego górnego płata. W przestrzeni międzyżebrowej 3—4 duża jama. Nad prawym górnym płatem drobno-plamiste zaciemnienia. Cienie wnęk obustronnie wzmożone. Ruchomość przepony prawidłowa.

Badanie laryngologiczne: obrzęk obydwóch wrzekomych strun głosowych. Prawa struna głosowa z głębokim naciekiem i również głębokiem owrzodzeniem. Nagłośnia w całości obrzęknięta i owrzodzona.

W domu chory stosował miejscowe naświetlanie krtani słońcem. Stan krtani i płuc, jak i ogólny stan chorego, robi wrażenie ostrego obostrzenia, które wystąpiło pod wpływem zbyt silnego i niezbyt umiejętnie stosowanego bodźca — słońca.

Rozpoznanie: *Phtisis declar. fibro-cas. cav. pulm. sin. et partis sup. pulm. dextri. pr. chr. et laryngitis tbc.*

Choremu po krótkiej obserwacji zalecono leczenie *triphal'em* — od dawki 0,0025 do 0,1 i absolutne milczenie. Chory otrzymał tylko 0,4 g preparatu i kurację przerwano, gdyż nie wywierała żadnego wpływu na przebieg leczenia.

W tym czasie choremu dokonano wyrwania nerwu przeponowego lewego, usunięto 33 cm nerwu. Po zabiegu fizykalne objawy zmniejszyły się.

Chrypka utrzymywała się nadal. Stan krtani pogarszał się. Wówczas choremu zalecono All. L. Chory znosił preparat doskonale. Żadnego specjalnego odczynu nie było. Po kilku zastrzykach stan chorego znacznie poprawił się. Chory przestał gorączkować. Zaczął przybywać na wadze. Bóle w krtani zmniejszyły się znacznie. Fizykalnie również stwierdzono duże polepszenie. Injekcje All. L. stosowano nadal. Po kilkumiesięcznej kuracji — chory otrzymał w ogólnej ilości 4 g. Poprawa nastąpiła znakomita.

Osłuchowo stwierdza się tylko szmer oddechowy osłabiony, z wydechem przedłużonym w okolicy międzyłopatkowej po stronie lewej.

Roentgen: lewe płuco — szczyt przyćmiony i zwężony. W okolicy podobojczykowej jednolite zaciemnienie, przylegające do śródpiersia i zlewające się z cieniem wnęk. Zarysów jamy nie widać. Przepona ustawiona wysoko.

Prawe płuco — cienie wnęk wzmożone ze smugami cieniowemi ku przeponie. Liczne rozsiane zwapnienia. Kąt przeponowo-żebrowy wolny.

Laryngologicznie na prawej strunie głosowej mało dostrzegalne blizny. Na nagłośni blizny wyraźnie widoczne — nieco zniekształcające ją.

Chory czuje się doskonale. Nie gorączkuje, kaszle bardzo mało. Kilkakrotne badanie plwociny prątków nie wykazało. Mocz b. z. Biernacki 3 g. Tętno 80. Waga 82.

Chory odzyskał głos. Obecnie, minęło już 2 lata, chory czuje się znakomicie, głos ma zupełnie dobry, i z powodzeniem pracuje w swoim zawodzie.

Ostatni przypadek, choć przebiegał bez wysokiej temperatury, wyróżniał się znaczną złośliwością i wyjątkową silną reakcją ustroju, polegającą na wybitnem podrażnieniu całego systemu nerwowego. Zwłaszcza stan krtani sprawiał wrażenie ostrego obostrzenia sprawy chorobowej.

Pod wpływem All. L., preparatu o wybitnie łagodnem, lecz jednocześnie, silnem działaniu, sprawa chorobowa zaczyna przyjmować charakter coraz bardziej spokojny i dobrotliwy. Rozległe obostrzenie krtani zostało zahamowane. Zatrucie zmniejszyło się, i ustrój wyzwolony z przeładowujących go toksyn, mógł, przy pomocy odpowiedniego bodźca (All. L.), zorganizować swe siły obronne i dzielnie stanąć do walki.

W serji wyżej opisanych przypadków, z wyjątkiem dwóch, z których jeden był powikłany biegunką, a drugi pogorszeniem krtani i białkomoczem oraz trzeciego, zakończonego zejściem śmiertelnem, otrzymaliśmy wyjątkowo dobre wyniki ogólne i miejscowe:

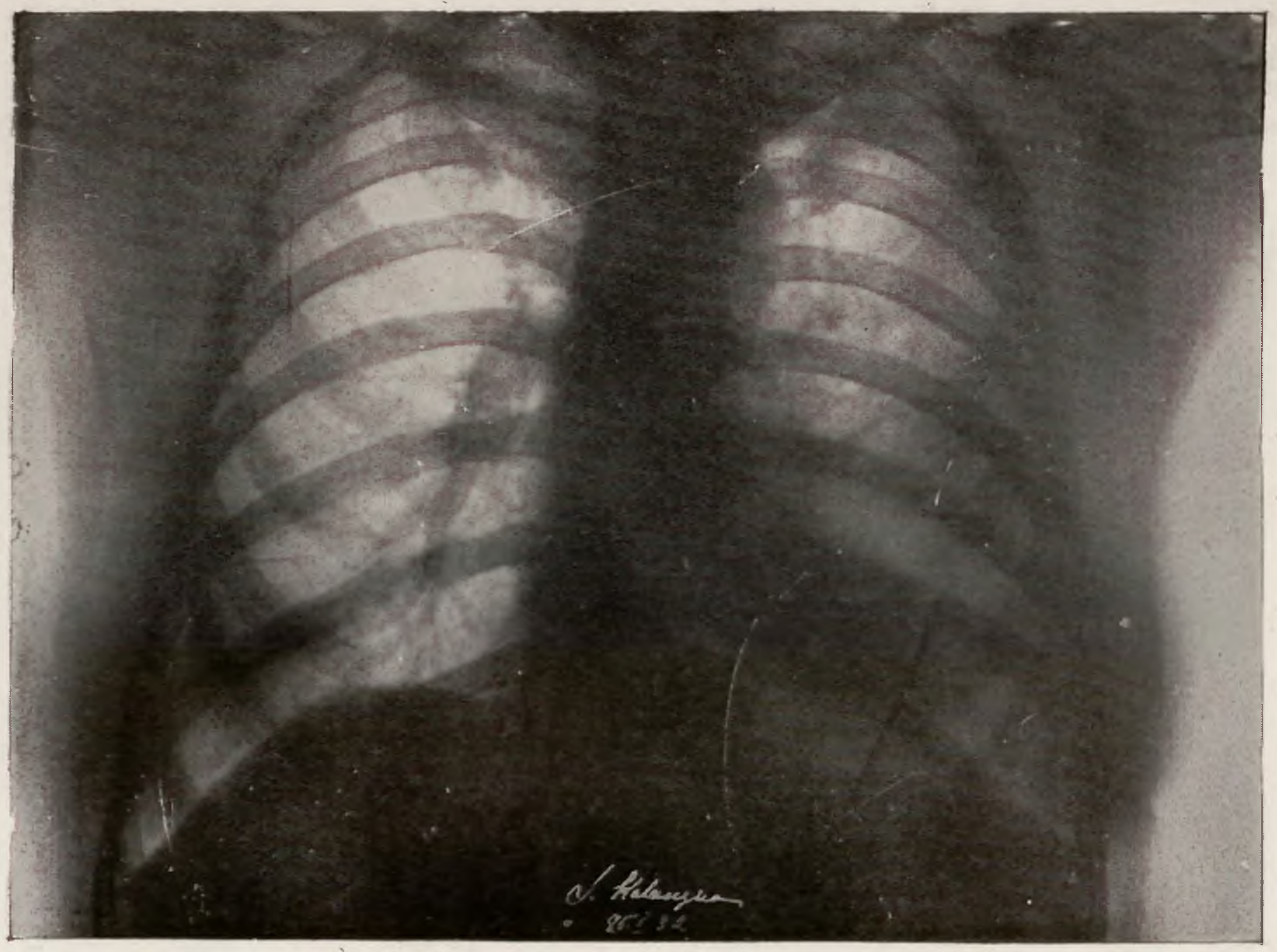
1. obniżenie ciepłoty,
2. zmniejszenie lub całkowite ustanie kaszlu i plwociny,
3. zniknięcie prątków Kocha,
4. przyrost wagi,
5. polepszenie ogólnego stanu,
6. zmniejszenie albo ustanie objawów klinicznych,
7. wyjaśnienie obrazu rentgenologicznego,
8. polepszenie obrazu krwi,
9. zmniejszenie szybkości opadania czerwonych ciałek krwi.

Charakterystyczną cechą dla All. L. jest wyjątkowo łagodne i powolne działanie, bez gwałtownej reakcji ze strony ustroju.

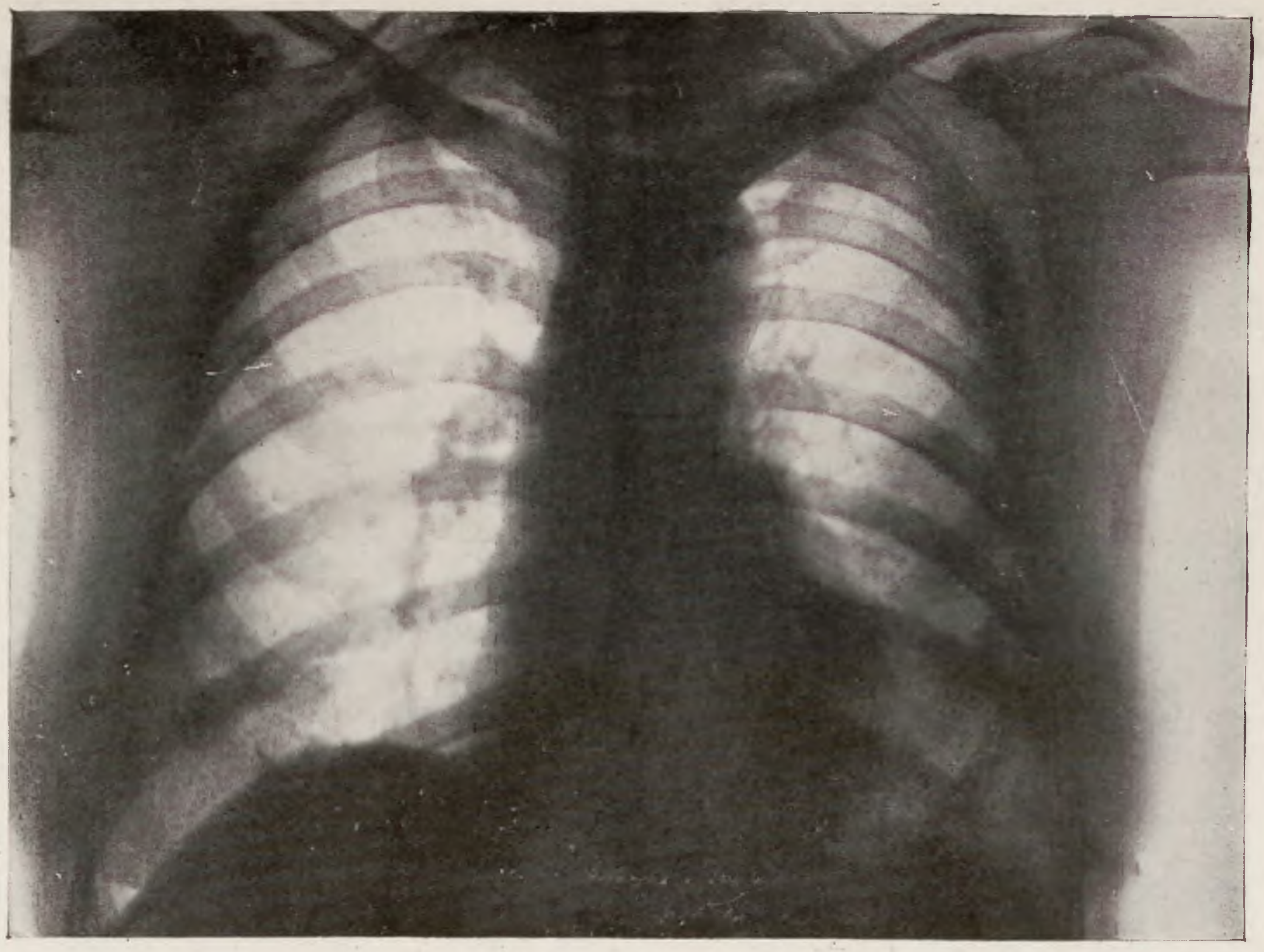
Trzy wyżej wspomniane przypadki, z wynikiem niepomyślnym, należały do wyjątkowo ciężkich i All. L. była stosowana tylko jako środek ostateczny.

Poza temi przypadkami — u niektórych osób — spostrzegliśmy w dzień zabiegu ogólne rozbicie i lekkie osłabienie, z podniesieniem ciepłoty o 2—3 kreski. Mogło to być spowodowane również pewnym wstrząsem psychicznym.

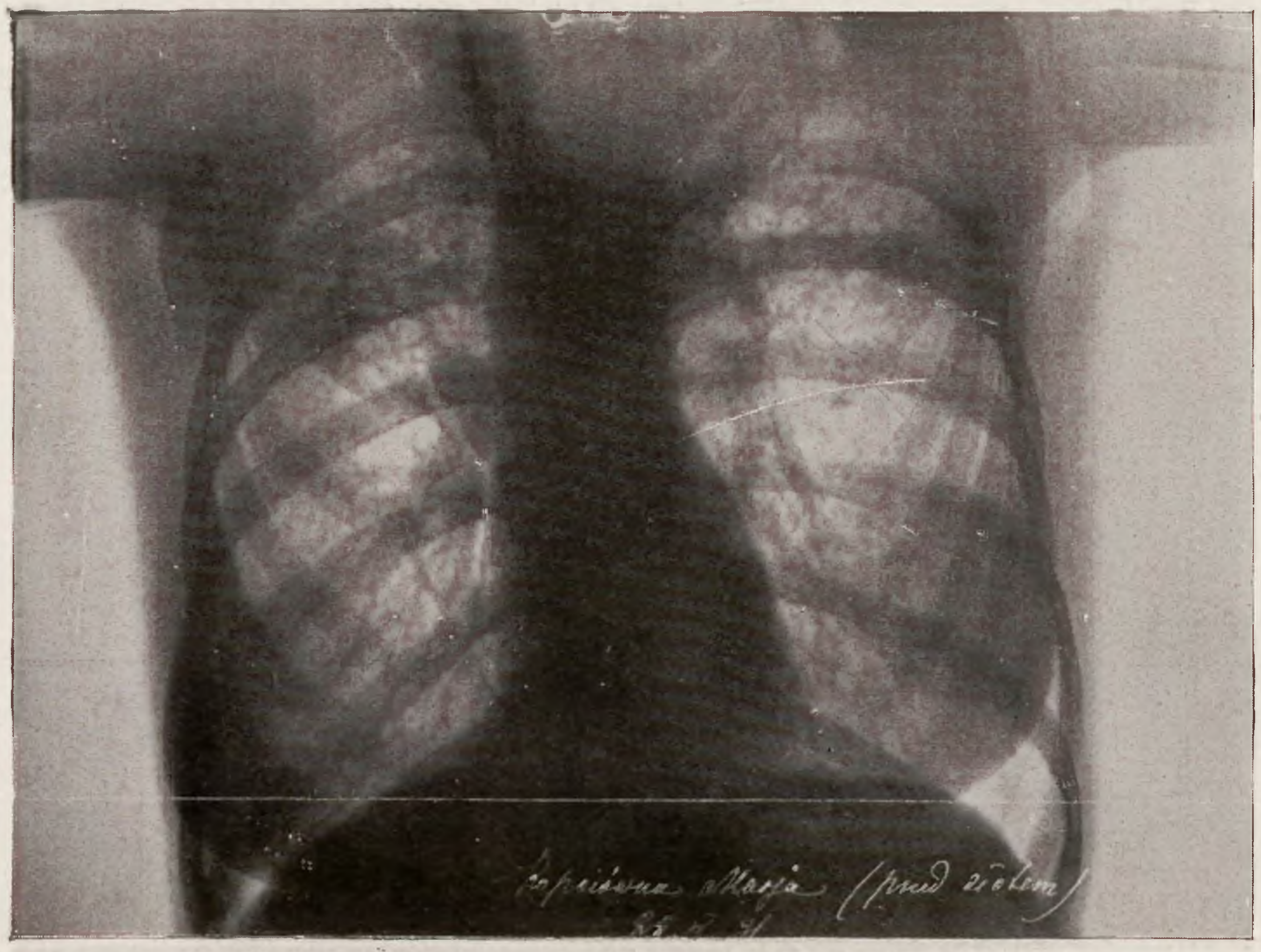
Natomiast — szeroko opisywane przez wielu autorów (Z. Szczepański, S. Maysner, R. Rencki, K. Dąbrowski, A. Landau, D. Bobrow, Z. Lewandowski, A. Borowski, Z. Michalski, Mollard, Lebeuf, Burnand, Rolin) powikłania przy stosowaniu przetworów złota, jak: wysoka temperatura z dreszczami, ostre bóle głowy, nudności, wymioty, bóle w jamie brzusznej, przewlekłe biegunki, białkomocz włącznie z ciężkiemi zaburzeniami nerkowemi, tachykardja, niepokój, rozległe wysypki skórne, swędzenie, zapalenie jamy ustnej, od postaci lekkich do bardzo ciężkich z głębokiemi owrzodzeniami, wreszcie omdlenia i zapaść włącznie do zejścia śmiertelnego, nie były spostrzeżone ani razu.



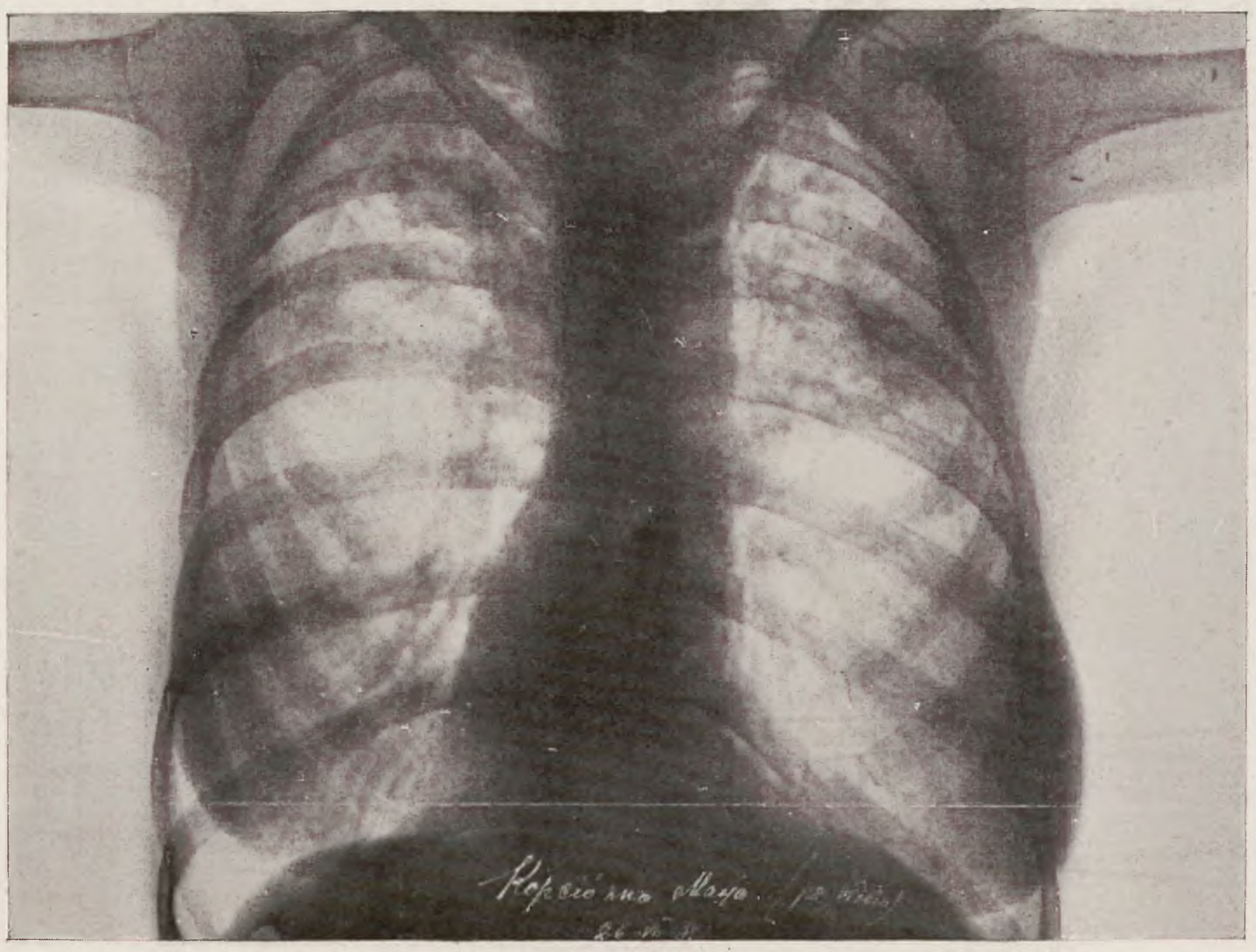
Przyp. 1. — przed złotem.



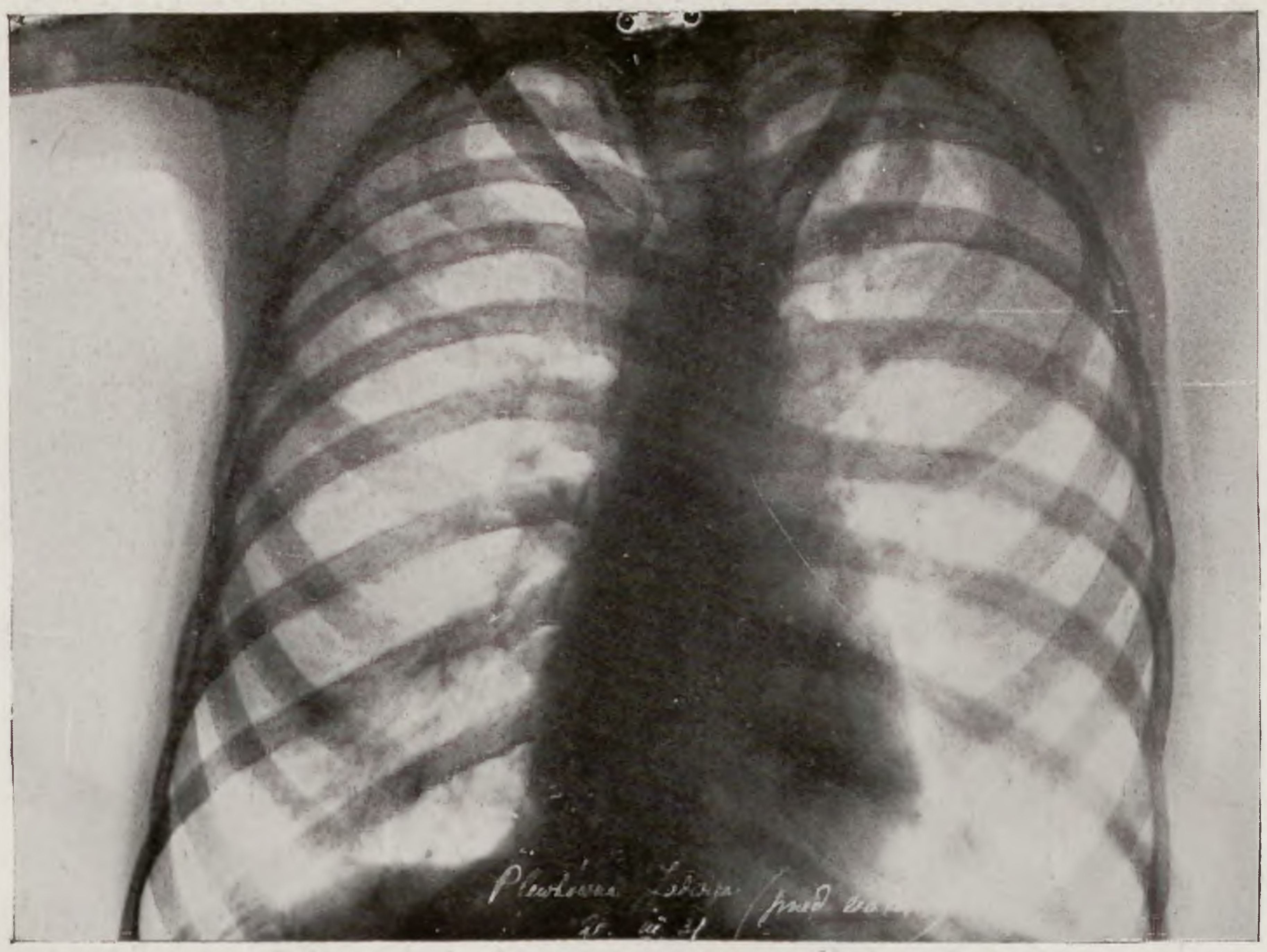
Przyp. 1. — po złocie.



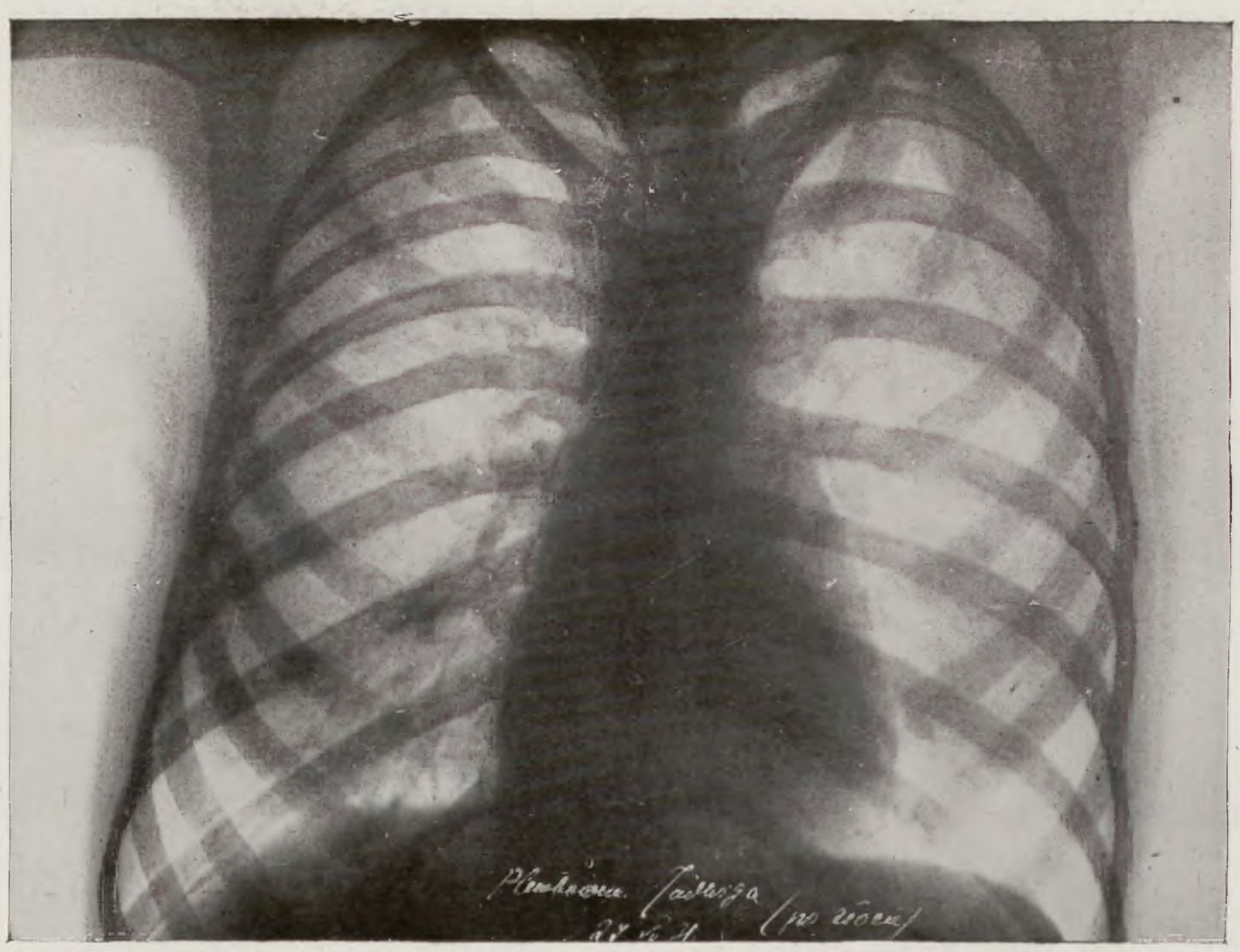
Przyp. 5. — przed złotem.



Przyp. 5. — po złocie.



Przyp. 6. — przed złotem.



Przyp. 6. — po złocie.

Odwrotnie, u wszystkich chorych, leczonych All. L., tolerancja tego preparatu była znakomita.

Należy to przypisać właściwościom samego preparatu. Jest on istotnie wybitnie mało toksyczny. Zależy to od nader szczęśliwego połączenia chemicznego i jego łatwej rozpuszczalności w wodzie (w danym przypadku w rozczynie fizjologicznym).

Pozatem, wprowadzenie All. L. do ustroju drogą śródmięśniową, również przyczynia się do powolnego i łagodnego działania preparatu.

Według Mollard'a z wyżej wspomnianemi właściwościami All. L. mogłaby być preparatem — bliskim ideału — który posiadałby „maksymalne własności bakterjobójcze i minimalną toksyczność komórkową".

Czy działa ona bezpośrednio na ogniska gruźlicze i prątki, czy pośrednio, potęgując siły obronne ustroju, wykażą dalsze badania.

Więcej jest prawdopodobieństwa, iż All. L., jak inne związki złota (aurosan, sanokryzyna) i szereg środków leczniczych, działa pośrednio, wzmagając ogólną odporność ustroju przez oddziaływanie na układ siateczkowo-śródblonkowy lub przez działanie drażniące (*Reiztherapie* niemieckich autorów) lub przez własności katalityczne, sprzyjające wzmożonej przemianie materji (P. Martyszewski, D. Bobrow, Z. Lewandowski, Z. Kuncewicz, A. Borowski, R. Rencki).

Na podstawie wyżej przytoczonych historyj chorób widzimy, iż do leczenia All. L. najbardziej nadają się:

1. Obostrzenia, występujące w przewlekłych sprawach włóknistych (1, 3, 5, 6, 12).
2. Gruźlica krtani ograniczona — bez tendencji do rozpadu (3, 12).
3. Nacieki wczesne (2, 4).

Norweski autor Knud Secher twierdzi, iż „obecność sprawy czynnej gruźliczej już jest wskazaniem do stosowania preparatów złota i to w momencie najbardziej wczesnym".

Zaleca również stosowanie złota przy sprawach przewlekłych włóknistych i przy wysiękach opłucnowych. W tych ostatnich doświadczenia jeszcze nie mamy, ale niezawodnie mogą być bardzo dobre, gdyż preparat „oddziaływuje nietylko na płyn, lecz i na ognisko, które jest jego źródłem" (Knud Secher).

Wiek, jak widzimy, nie gra roli. W naszych przypadkach waha się od 20 do 45 lat. Chodzi o odporność ustrojową. Najwięcej posiadają jej osoby z przewlekłemi włóknistemi lub włóknisto-serowatemi zmianami.

Najmniej — osoby młode i chorzy z ostrem zakażeniem (wczesne nacieki).

Toteż w tych przypadkach najszybciej trzeba się decydować, by we właściwym czasie dostarczyć odpowiedniego bodźca dla pobudzenia sił obronnych ustroju.

Gruźlica daje niezmierną różnorodność postaci. U każdego chorego przebiega swoiście, zależnie od właściwości biologicznych ustroju. Toteż leczenie preparatami złota, All. L. w szczególności, wymaga ścisłej indywidualizacji przypadków i pewnej precyzji w stosowaniu tego preparatu.

Dla ilustracji podajemy rentgenogramy przypadków: 1, 5, 6 przed i po stosowaniu złota.

Wnioski:

1. All. L. jest preparatem wyjątkowo mało toksycznym.
2. Działa łagodnie i powoli.
3. Nie powoduje gwałtownej reakcji ustroju.
4. Nie daje wcale powikłań lub bardzo rzadko.
5. Najbardziej nadaje się przy obostrzeniach spraw przewlekłych włóknistych i włóknisto-serowatych, w ograniczonej gruźlicy krtani bez tendencji do rozpadu i w naciekach wczesnych.
6. Leczenie All. L. może być połączone z innemi zabiegami, jak leczeniem ogólnem, odmą i wyrwaniem nerwu przeponowego.
7. Może być stosowany u osób bez różnicy wieku.
8. Wymaga ścisłej indywidualizacji przypadków.

Piśmiennictwo:

1) D. Bobrow i Z. Lewandowski: Gruźlica. Nr. 4, 1929. — 2) A. Borowski i Z. Kuncewicz: Gruźlica. Nr. 3. 1931. — 3) M. Brodier et J. Lefevre: Revue de la tuberculose. T. 12, 1931. — 4) K. Dąbrowski: Gruźlica. Nr. 5. 1932. — 5) K. Dąbrowski i W. Kruszewska: Gruźlica. Nr. 5, 1929. — 6) K. Faber: Acta tuberculosa scandinavica — 1925. — 7) A. Landau, B. Glas, K. Humiecki: P. G. L. Nr. 2, 1931. — 8) Lebeuf F. et H. Mollard: Presse Médicale, 13 septembre 1930. — 9) P. Martyszewski: Medycyna. Nr. 3. 1933. — 10) S. Maysner: Gruźlica. Nr. 3. 1932. — 11) H. Mollard: Les sels d'or. 1929. — 12) J. Paraf et Peney: Revue de la Tbc. Nr. 3. 1932. — 13) R. Rencki: Gruźlica. Nr. 4, 1932. — 14) Z. Szczepański: Gruźlica. Nr. 3. 1927. — 15) K. Secher: Traitement de la Tuberculose par la Sanocrysine. Copenhague. 1932.

Z. BOHDANOWICZÓWNA. Warszawa.

Nosicielstwo pałeczek grupy durowej w Warszawie.

(Metodyka badania, znaczenie epidemjologiczne).

Z Miejskiego Instytutu Higjeny m. st. Warszawy.
Dyrektor: Dr. A. Ławrynowicz.

Wykrywanie nosicieli zarazków pozostaje nadal jedną z podstaw walki z durem brzusznym. Zadanie to, przy obecnym stanie techniki laboratoryjnej, zaliczyć można do najmniej wdzięcznych. Sama liczba podłóż wybiórczych i metod wzbogacania, zalecanych przez różnych autorów, świadczy, że sprawa wykrywania pał. durowych w kale nie znalazła jeszcze ostatecznego rozwiązania. Odsetek wyników dodatnich otrzymywanych przez poszczególnych badaczy, tak u chorych jak u nosicieli, waha się zawsze na niskim poziomie, jest stale niższy od teoretycznie przedstawionego.

W pracy bieżącej naszego Instytutu w ciągu lat ostatnich stosowaliśmy szereg odnośnych metod jak to: posiewy na podłożach stałych Endo, Krumvieda, wzbogacanie na żółci, na podłożu peptonowem z żółcią i zielenią brylantową (Welch, Havens i Dehler), na podłożu syntetycznem z gliceryną (Jacobitz i Karlowa), na buljonie z czterotionianem sodu Müllera oryginalnym, i w modyfikacji Kauffmanna (podłoże K).

Narazie ustalony został następujący sposób postępowania, który ze wszystkich dotąd stosowanych dał najlepsze wyniki. Kał rozcieńczony roztworem fizjologicznym zasiewano bezpośrednio na płytki Endo, oraz równocześnie w ilości kilku kropel do probówki, zawierającej 10 cm^3 podłoża Müllera z dodatkiem zieleni brylantowej. Podłoże przygotowane było w sposób następujący: 4.5 g kredy wyjaławiano na sucho w butelce, poczem dodawano: 90 cm^3 buljonu (pH 7,4), 10 cm^3 roztworu — 50 g tiosiarczanu sodu + 100 cm^3 wody; 2 cm^3 roztworu — 20 J + 25 g KJ + 100 cm^3 wody oraz 1—2 cm^3 roztworu zieleni brylantowej 1 : 1000.

Większość autorów zaleca miareczkowanie zieleni brylantowej, gdyż jej własności bakterjobójcze mogą ulegać dużym wahaniom. W naszych doświadczeniach 2 cm^3 rozczynu 1/1000 dawały najlepsze wyniki.

Wyodrębnienie pał. grupy durowej z kału w miesiącach letnich jest jeszcze bardziej utrudnione z powodu częstego zarastania hodowli przez pał. odmieńca. Wzrostu jego nie hamuje zalecane przez Kauffmanna dodawanie zieleni brylantowej i żółci w ilości 5% do buljonu Müllera. Dodatek żółci do podłoża płynnego nie zdaje się być celowym. Żółć nie wpływa ujemnie na wzrost odmieńca, działa ona tylko hamująco na zdolność obłoczkowatego wzrostu. Bardziej celowem okazało się stosowanie metodyki Kleinsorgena i Jusatza, sprawdzonej w pracowni naszej przez J. Szymańską. Polega ona na dodawaniu 5—10% żółci do podłoża Endo, na które przesiewane były hodowle z buljonu Müllera po 18 godz. pobytu w cieplarce przy 37°. Na podłożu tem odmieniec daje kolonje okrągłe z wyraźnie ograniczonemi brzegami. Kolonje morfologicznie odpowiadające grupie durowej sprawdzano na własności wytwarzania indolu i fermentacji cukru mlecznego i gronowego, poczem dokonywano odczynu zlepnego z surowicami swoistemi. Jako podłoża różniczkowe dla pałeczek grupy rzekomodurowej służyły ponadto agar z glukozą i czerwienią obojętną Rothbergera i mleko z lakmusem.

Mocz zasiewano w ilości 3—5 cm^3 do podwójnej ilości żółci, po 18 godz. pobytu w cieplarce przesiewano na Endo, poczem postępowano według wyżej wskazanego sposobu.

Stosując powyższą metodykę w ciągu 1932 r., zbadano 2607 prób kału i tyleż moczu. Materjał ten dostarczony do pracowni podzielić można na 2 grupy. Pierwszą stanowi materjał pochodzący od osób zdrowych, znajdujących się w otoczeniu chorych lub podejrzanych o zachorowanie na dur brzuszny, oraz od zatrudnionych w jadłodajniach i wytwórniach produktów spożywczych. W grupie tej zbadano ogółem 2413 osób: 1293 kobiet i 1120 mężczyzn. Pałeczkę durową wykryto u 30 osób; 26 razy w kale i 4 w moczu. Załączona tablica wykazuje stosunek procentowy wyników dodatnich w poszczególnych grupach osób badanych.

	Liczba badań	Liczba dodatnich	%
Kobiet	1293	19	1,47
Mężczyzn	1120	11	0,98
Ogółem	2413	30	1,24

Pałeczki rzekomodurowe wykryto 18 razy, w tej liczbie pał. paratyfusu A 2 razy w kale, pał. paratyfusu B 14 razy w kale, pał. Gärtnera 2 razy w moczu. Badania powtórne dokonane 2 i 3 krotnie u 37 osób potwierdziły obecność pałeczki durowej u 6 osób: u 2 po miesiącu, u 1-ej po 2-ch, u 1-ej po 3-ch, u 1-ej po 6-ciu i 1-ej po 11 miesiącach. Pałeczki z grupy rzekomodurowej powtórnie nie były stwierdzone ani razu. Trudności, jakie nastręczało w warunkach naszej pracy zebranie dokładnego wywiadu, zmusiły nas do włączenia do grupy drugiej materjału bardzo niejednolitego. Do grupy tej weszły nietylko osoby chore na dur brzuszny, ale i podejrzane o zachorowanie, u których dalszy przebieg sprawy nie potwierdził pierwotnego rozpoznania: wreszcie włączeni są tu również ozdrowieńcy po durze brzusznym, wypisani ze szpitala t. j. znajdujący się przeważnie w 3—4 tygodnie po spadku ciepłoty. W grupie tej ogółem zbadano 126 osób, 84 kobiet i 42 mężczyzn. Pałeczkę durową wykryto 11 razy, t. j. w 8,7%; u 8 kobiet i 3 mężczyzn. Pałeczkę parat. B wykryto u jednej chorej.

W badaniu powtórnem pał. durową stwierdzono u 2 chorych. Powyższe zestawienie obejmuje tylko szczepy zupełnie typowe. W szeregu przypadków wydzielane były szczepy z grupy durowo-rzekomodurowej o niecharakterystycznych własnościach biochemicznych (wytwarzanie indolu, nietypowa fermentacja węglowodanów), niezlepiające się, lub też o niskiem mianie zlepnem (200—400), które nie wykazywało tendencji do zwiększenia się po serji kolejnych przesiewów na agarze i buljonie — szczepy te przy zestawieniu wyników nie były brane pod uwagę.

Grupa pałeczek durowych naogół wykazuje dużą stałość i jednolitość cech biologicznych. Pewne odchylenie, jak dotąd, dało się stwierdzić tylko w stosunku do 2 węglowodanów: arabinozy i ksylozy. Istnieją szczepy durowe pod innemi względami zupełnie typowe, pozbawione zdolności rozkładania ich. Odsetek szczepów nierozkładających ksylozę, według danych poszczególnych autorów (Hartoch, Schlossberger, Joffe, Hirszfeld) waha się od 0%—35%. Cecha ta jest stała dla danego szczepu. Ostatnio zwrócona została uwaga na możliwość wykorzystania tej własności szczepów do wykrycia źródeł zakażenia (Hirszfeld).

W pracowni naszej zbadano 60 szczepów na zdolność zakwaszania ksylozy. Nieczynnych było 5 szczepów t. j. 8,3%, w tej liczbie 1 szczep ze krwi, 2 z pęcherzyka żółciowego, 3 z kału od nosicieli. Dalsze badania prawdopodobnie wykażą, do jakiego stopnia cechę tę można będzie wykorzystać w praktyce epidemjologicznej na terenie miasta.

Przystępując do oceny wyników otrzymanych, należy podkreślić wysoki odsetek nosicielstwa wśród zdrowych, otrzymany w roku sprawozdawczym (1,24%). Przewyższa on trzykrotnie odsetek otrzymany w naszej pracowni w latach 1925—28 (0,35%). Bezwzględnie dużą rolę przypisać tu należy metodyce ostatnio stosowanej, ściśle mówiąc, wprowadzeniu buljonu Müllera. W okresie gdy posiewy z kału dokonywane były równolegle na podłożach Endo i Müllera, pał. durową wykryto 44 razy, w tej liczbie: 4 razy na obu pożywkach jednocześnie, 23 razy tylko na płytkach Endo, 17 razy tylko w przesiewach z buljonu Müllera. Jak widzimy wprowadzenie tego ostatniego podłoża zwiększyło liczbę wyników dodatnich o 38%.

Zupełne eliminowanie agaru Endo, jak widać z powyższego zestawienia, nie zdaje się być wskazane. Pożądane jest tylko dokonywanie posiewów na paru płytkach.

Zdajemy sobie jednak w zupełności sprawę, że nawet przy tej ulepszonej metodyce wykrycie pał. durowej w kale pozostaje nadal wynikiem szczęśliwego zbiegu okoliczności tak, iż otrzymane dane dają tylko bardzo słabe pojęcie o stopniu zakażenia środowiska. Odzwierciedleniem tego jest niezwykła rozbieżność liczb wyrażających odsetek nosicielstwa w środowisku zdrowem w czasie wolnym od epidemji, podawana przez poszczególnych autorów; wahają się one od 0,1% (Nichols) do 5,1% (Welch, Dehler i Havens).

W znacznej mierze komplikuje sprawę wielokrotnie stwierdzony fakt okresowości nosicielstwa. Ponowne wydzielanie zarazków może nastąpić po długotrwałej przerwie. Opisywane jest występowanie pał. durowych po rocznej przerwie (Prigge, Mayer). Wykrywano je po 18—25 badaniach ujemnych (Biedel). Toteż większość autorów dla wykluczenia nosicielstwa żąda wielokrotnych badań ujemnych. Liczba badań żądanych waha się tu od 3 w odstępach 5 dniowych (Galambos) aż do codziennego badania w ciągu 9 miesięcy (Davies and Hall), a nawet 2 lat (Hall). W praktyce bieżącej pracowni miejskiej podobne dezyderaty są oczywiście nie do urzeczywistnienia.

W roku sprawozdawczym przy badaniu środowiska zdrowego odsetek wyników dodatnich otrzymanych u kobiet i mężczyzn jest zbliżony (1,47% i 0,98%), co odbiega znacznie od faktów ustalonych tak przez naszą pracownię, jak i przez piśmiennictwo obce. W materjale, obserwowanym w latach 1925—28 (A. Ławrynowicz, Piotrowska i Stankowska), stosunek nosicieli kobiet i mężczyzn wynosi 3 : 1. Stosunek ten według większości autorów przeciętnie daje 4 : 1 (Conradi, Förtner, Kutscher). Dane te tyczą się zresztą nosicielstwa przewlekłego. W nosicielstwie krótkotrwałem, poozdrowieńczem, odsetek otrzymany u obu płci jest zbliżony. Wyniki otrzymane przez nas zaliczyć można raczej do przypadkowych, uwarunkowanych niewielką stosunkowo liczbą obserwacyj. Nie możemy potwierdzić również obserwowanego przez szereg autorów faktu zwiększenia się nosicielstwa w porze letniej (Mayer, Davies, Hall). W naszym materjale liczba nosicieli, wykrytych w poszczególnych miesiącach, była następująca: I — 0, II — 0, III — 4, IV — 5, V — 2, VI — 1, VII — 0, VIII — 1, IX — 5, X — 8, XI — 6, XII — 2.

W ostatnich latach jeden z odłamów szkoły niemieckiej (Friedberger, Jürgens) wystąpił przeciw przecenianiu znaczenia nosicielstwa w epidemjologji duru brzusznego. Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, iż, przynajmniej w naszych warunkach, jest on jednym z dominujących czynników, sprzyjających szerzeniu się epidemij durowych. Dobry stan wodociągów wyklucza zakażenie tą drogą, małą rolę gra również kontakt z chorymi, których 92% zostaje umieszczonych w szpitalu. Jak wykazały badania A. Ławrynowicza, przeprowadzone w ostatnich latach, największa ilość zachorowań przypada na mieszkania przeludnione, znajdujące się w złych warunkach sanitarnych, pozbawione własnego wodociągu i miejsca ustępowego. Przy niskim stanie uświadomienia ludności, obecność nosiciela w takich warunkach musi stać się groźna dla otoczenia.

W roku bieżącym również staraliśmy się przeprowadzić wywiad u nosicieli dla wyjaśnienia warunków, w jakich się znajdują. Chodziło nam również o ustalenie związku nosicielstwa z poprzedzającem zachorowaniem na dur brzuszny, oraz z obecnie istniejącemi schorzeniami wątroby, pęcherzyka żółciowego i nerek.

Z 30 nosicieli wywiad udało się przeprowadzić u 20. Dane wywiadu przedstawiały się jak następuje: Wiek nosicieli był w granicach od 1 r. 5 m. do 70 lat, 6 nosicieli było poniżej lat 12. Naogół nosicielstwo u dzieci należy do wyjątków. W ostatnich latach w Warszawie zaznacza się wzrost zachorowań na dur brzuszny wśród dzieci, które sięgają do 48% ogólnej liczby zachorowań. Niewykluczone jest, iż te 2 pozycje znajdują się w jakimś narazie nieustalonym związku. Dur brzuszny wywiad potwierdził u 2 nosicielek: u jednej przed 2-ma, u drugiej przed kilku laty. Należy przyjąć pod uwagę, iż wywiad przeprowadzony był w środowisku mało inteligentnem tak, iż cześć danych przyjęliśmy oczywiście z dużem zastrzeżeniem. Schorzeń wątroby, pęcherzyka żółciowego i nerek u nikogo nie stwierdzono. Rola nosicieli w epidemjologji duru brzusznego w znacznej mierze zależna jest od zawodu, jaki oni uprawiają. Gospodarstwo domowe, praca w jadłodajniach, na wodociągach, lub w przemyśle spożywczym stwarzają najdogodniejsze warunki zakażenia. Wśród obserwowanych przez nas nosicieli 7 kobiet zajmowało się gospodarstwem domowem własnem, jedna pracowała jako służąca. Pozatem nikt nie był zatrudniony w handlu ani w wytwórni produktów spożywczych. Warunki mieszkaniowe nosicieli naogół przedstawiały się niezadawalająco. Przeważnie były to lokale jednoizbowe. Gęstość zaludnienia była duża, znacznie przewyższająca przeciętną gęstość zaludnienia Warszawy (2,3); w 2 przypadkach dochodziła do 7 osób w mieszkaniu jednoizbowem. Z 17 mieszkań badanych 4 nie miały wodociągów, 12 własnego miejsca ustępowego. W najbliższem otoczeniu 16-u nosicieli w ciągu ostatniego roku miało miejsce 21 zachorowań. Mamy pełne prawo przypuszczać, że w warunkach sanitarnych, jakie wyżej opisano, liczba przypadków, w których zakażenie istotnie miało miejsce, jest wyższa od stwierdzonej. Narazie wywiady przeprowadzone były tylko wśród nosicieli pał. durowych, w dalszym rozwoju akcji przeciwdurowej podobne obserwacje powinny się rozciągnąć i na nosicieli zarazków rzekomodurowych. Znaczenie ich w szerzeniu się schorzeń grupy durowej dotąd jest jeszcze niedocenione. Naogół jest to zjawisko bardzo rozpowszechnione. Według Mayera nosiciele pał. parat. B stanowią 35% ogólnej liczby wszystkich nosicieli. Firth podaje, iż chorzy na dur rzekomy B w 13% przechodzą w stan nosicielstwa przejściowego, w 1% w stan przewlekłego. Dur rzekomy A zostawia bardzo wysoki odsetek nosicieli, sięgający do 14% (Cummins and Cumming), stwierdzany był i u osobników, które zacho-

rowań nie przechodziły (Mühlens, Bumke). Mniej często, zwłaszcza w postaci przewlekłej, spotyka się nosicielstwo pał. Gärtnera. Wydzielana bywa ona zwykle z moczu. Zwraca uwagę fakt, iż wykrywano ją w otoczeniu chorych na dur brzuszny (Seligmann, Clauberg). Ci ostatni autorowie zwracają również uwagę na fakt stosunkowo częstego występowania pałeczki parat. C u osobników zdrowych w środowisku pozornie niezakażonem. W pracowni naszej w ciągu 1925—28 r. wykryto 9 nosicieli parat. C (Ławrynowicz, Piotrowska i Stankowska).

Nosicielstwo rzekomodurowe może przechodzić w stan przewlekły, szczególnie często przy wydzielaniu pał. parat. B Schottmüllera. Leuchs stwierdzał ją w kale w ciągu 223 dni, Brumund powyżej 3 miesięcy, Seligmann i Clauberg — 5 miesięcy i rok. Wysuwany zwykle pogląd, iż nosiciele ci nie zasługują na uwagę, gdyż pałeczki te są niezjadliwe, nie wytrzymuje krytyki. Brak objektywnego miernika w postaci doświadczenia na zwierzętach uniemożliwia rozstrzygnięcie tego zagadnienia na drodze laboratoryjnej. Jednocześnie istnieją spostrzeżenia epidemjologiczne, przemawiające za możliwością zakażenia się od nosicieli. Szerzenie się duru rzekomego A w Niemczech podczas wojny związują z obecnością nosicieli wśród wojska (Roesler). Notowane są zachorowania często nawet grupowe w otoczeniu nosicieli pał. rzekomodurowych B (Lieber, Meyer). Schwabe przypuszcza, iż zarażenie się przez kontakt z chorymi lub nosicielami wywołuje postacie durowe, zakażone produkty spożywcze dają tak zwane zatrucie pokarmowe. W dobie obecnej doświadczenie laboratoryjne zmusza nas do rozpatrywania zagadnień epidemjologicznych pod kątem widzenia zmienności drobnoustrojów. Jest już bezsprzecznie stwierdzone, iż w warunkach doświadczalnych pał. grupy durowej mogą zmieniać swoje zasadnicze własności biologiczne i nabierać cech typów pokrewnych (Złatogorow, Fraenkel, Stabnikowa, Lotze, Ławrynowicz i Bohdanowiczówna). Jednocześnie obserwacje epidemjologiczne notują fakty, które dają pod tym względem dużo do myślenia. Występowanie pałeczek różnych grup rzekomodurowych u jednego i tego samego chorego (Boeker i Silberstein), obecność u chorych pałeczek o cechach nietypowych jak np. niegazotwórcze szczepy parat. B, opisywane przez Wagnera, Pota, drobnoustrojów z gatunków nieustabilizowanych, do jakich można zaliczyć *b. coli mutabile*, wyhodowanych w dużej ilości w kale ozdrowieńców po zakażeniach z grupy durowej (Minkiewicz, Trawiński) nasuwa myśl, że i w warunkach naturalnych podobne przejścia nie są wykluczone. Rozpatrywana z tego punktu zjadliwość, czy też niezjadliwość pałeczki z grupy durowej może być uważana tylko za rys charakteryzujący stan obecny, bynajmniej zaś nie jako nieodłączna cecha danego gatunku drobnoustrojowego. Toteż nosicieli zarazków tej grupy, chociażby w odmianach odbiegających od zasadniczych typów, nie należy wyłączać z całokształtu obserwacyj epidemiologicznych.

Na zasadzie 2607 prób kału i moczu zbadanych w ciągu roku 1932 stwierdzono, że:

1. Odsetek nosicielstwa pał. durowych wśród ludności zdrowej wynosił 1.24.
2. Buljon z czterotionianem sodu, jako podłoże wzbogacające, dawał najlepsze wyniki, zwiększając liczbę badań dodatnich o 38%.
3. Z pośród szczepów durowych wyodrębnionych 8,3% nie rozkładało ksylozy.
4. W roku sprawozdawczym wykryto 18 nosicieli pałeczek rzekomodurowych.

Piśmiennictwo:

Boeker, Silberstein: Zbl. Bakt. B. 125, s. 257, 1932. — Bohdanowiczówna i Ławrynowicz: Med. Doświadcz. T. XV, str. 64 i 343. — Hartoch, Schlossberger, Joffe: Z. Hyg. B. 105, s. 526, 1926. — Hirszfeld: Bul. trim. de l'Org. d'Hyg. de la Soc. de Nat. N. 1, 1933. — Jacobitz, Karlowa: Zbl. Bakt. B. 125, s. 280, 1932. — Kauffmann: Z. Hyg. B. 111, 1930. — Kauffmann: Zbl. Bakt. B. 119, s. 148, 1930. — Leuchs: Zbl. Bakt. B. 120, s. 200, 1931. — Ławrynowicz, Piotrowska, Stankowska: P. G. Lek. N. 50, 1928. — Ławrynowicz: P. G. Lek. Nr. 11. 1929. — Ławrynowicz: Zdrowie, N. 8, 1931. — Ławrynowicz, Łącki: Medycyna. N. 8. 1933. — Minkiewicz: Wraczebnoje Dieło. N. 13/14, 1928. — Müller: C. R. Soc. Biol. V. 89, p. 434, 1923. — Pot: Zbl. Bakt. B. 125, s. 504, 1932. — Seligmann, Clauberg: Zbl. Bakt. B. 125, s. 266, 1932. — Silberstein: Z. Hyg. B. 110, s. 199. 1929. — Szymańska: Med. Dośw. i Społ., T. XIII. 1931. — Welch, Dehler, Havens: J. Amer. Med. As. V. 85, p. 1036, 1925. — Pozostałe piśmiennictwo cytowane według następujących zestawień: Bohdanowiczówna: Lek. Wojsk. t. XIII, N. 10, 1929. — Roesler: Das Schrifttum zur Frage der Typhus — und Paratyphusausscheider. Jena. 1932.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Przypadek ziarnicy złośliwej o typie powrotnym u dziecka 6-letniego [1]).

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lekarz Naczelny: Prof. Dr. Władysław Szenajch.

Jadwiga P. Nr. prot. 28884 lat 6 [2]), dziecko miejskie, przybywa do szpitala 9. XI. 1931 r. Rodzice dziecka zdrowi, brak poronień u matki. Dziewczynka przebyła odrę w zeszłym roku. Od tego czasu zapada na okresowo występujące stany gorączkowe z dreszczami, którym towarzyszy bicie serca i bóle w lewem podżebrzu. Dziecko traci na wadze i jest osłabione. Dziewczynka była leczona w domu na malarję.

Badanie stwierdza: Dziecko, blondynka, o wybitnie bladej skórze i bladych śluzówkach. Na podudziach poszczególne przystudzienice. Waga dziecka obniżona 16.300 (zamiast 19.700), wzrost zahamowany 98 cm (zamiast 109). 10% odchylenia. Brak stygmatów kiłowych. Ciepłota od 3-ch dni 40°. Oddech: 36, poruszanie skrzydełkami nosowemi. Opryszczka *(herpes)* na wardze górnej. Próchnica zębów trzonowych dolnej szczęki. Dziecko senne i asteniczne, leży apatycznie. Poci się. Badanie płuc stwierdza przy braku kaszlu stłumienie przestrzeni międzyłopatkowej i 3 palce wysokie stłumienie u podstawy lewego płuca. Nakłucie próbne 12. XI. wydobywa 2 cm³ płynu jasnego limfocytowego jałowego. Ponad stłumieniem przy szmerze pęcherzykowym nieco delikatnych trzeszczeń. Brak uchwytnych zmian w przewodnictwie głosowem, brak kaszlu. Żyły szyjne tętniące, granice serca normalne, nad koniuszkiem tony czyste, nad podstawą głośny szmer skurczowy przy pierwszym tonie. Śledziona wystaje z pod łuku żebrowego, macalna, wątroba 3 palce pod łukiem żebrowym. Badanie przez odbytnicę ujemne. Odczyny Pirqueta, Mantoux ujemne. Odczyny aglutynacyjne na dury brzuszny i rzekome ujemne. Diureza 500 cm³. W moczu odczyn dwuazowy ujemny, Davisa ujemny, urobilinogen i urobilina zwiększone. Odczyn skórny Aldricha 10' (przyśpieszony). Ciśnienie krwi 80/60, odczyn opadania krwinek 15 minut, przyśpieszony (Linzenmayer).

Posiewy krwi ujemne. Hemoglobiny 42% (Sahli). Czerwonych ciałek 2,210.000—3,205.000. Białych ciałek 2.400. Płytek 50.000. Czas krwawienia 2', czas krzepnięcia 10'. Kurczliwość skrzepu dobra. Białka w surowicy krwi 7.11%. Wzór krwi: Pałeczkowatych 62%, segmentowanych 12%, młodych 8%, przejściowych 2%, limfocytów 16%. Odczyn Wassermanna dziecka i rodziców ujemny. We krwi cholesteryny 0.9‰, cukru 0.1%, mocznika 0.12‰, bilirubiny 5 mg %, odporność krwinek 0.42% — 0.3%. Przy próbie obciążenia cukrem reakcja hiperglikemiczna wzmożona, bo wynosi 1.6‰ (zamiast 0.2 do 0.4‰).

Rentgenoskopja ani rentgenografja obecności płynu w jamie opłucnej nie stwierdza, wykazuje natomiast miernego stopnia powiększenie cieniów wnęki.

Po 6-cio dniowem gorączkowaniu do 39°—40° dnia 14. X. nagły, krytyczny spadek ciepłoty wśród potów a wraz z tem dziecko odzyskuje apetyt, ożywia się a nawet wykazuje przesadną euforję. W następnych 3-ch dniach stłumienie płucne lewostronne ustępuje, utrzymują się skąpe trzeszczenia, które również rychło znikają. Obrzęk śledziony cofa się szybko. Ogólnej poprawie towarzyszy poprawa krwi, która w dwa tygodnie po kryzie gorączkowej wykazuje (zamiast 2.000.000) — 5.300.000 czerwonych krwinek i 9.600 białych ciałek (z 76% wielojądrzastych).

Remisja stanu gorączkowego trwała 15 dni, po których upływie nagle 29. XI. wystąpiła ciepłota 40°, znowu z opryszczką na górnej wardze i z obrzękiem śledziony na 2 palce poniżej łuku żebrowego. U podstawy obu płuc przy braku kaszlu zjawia się stłumienie na 3 palce wysokie z wyraźną resystencją i z osła-

---

[1]) Według odczytu w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem dn. 9. II. 1932.

[2]) Przypadek demonstrowany przeze mnie w Polskiem Towarzystwie Pedjatrycznem dn. 13. I. 1932 r. i w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem dn. 9. II. 1932 r.

bieniem szmerów oddechowych. Nakłucie wydobywa znowu skąpą ilość płynu surowiczego. Płyn ten i krew dziecka wstrzyknięto świnkom morskim, których następowa sekcja po upływie 6 tygodni (15. I. 1932) wypadła ujemnie. Rentgenografja klatki piersiowej stwierdza w porównaniu z uprzednią kliszą znaczne rozszerzenie granic wnęki. Stan krwi wykazuje znowu pogorszenie w stosunku do okresu bezgorączkowego, bo znowu 3,000.000 czerwonych krwinek, 3.200 białych ciałek (88% wielojądrzastych), anizocytozę, polichromatofilję, poikilocytozę, aneozynofilję. Liczba granulocytów obojętnochłonnych z jednem jądrem wyraźnie zwiększona. Wzór Schillinga przesunięty na lewo. Jądra pojedyńcze bardzo nieregularne o kolbkowato-polipowatych kształtach podobne do korzeni wymoczonych i napęczniałych wodą. Opadanie krwinek przyśpieszone 8' (Linzenmayer). Stanowi gorączkowemu towarzyszy, jak w czasie uprzedniej kryzy gorączkowej zmiana stanu psychicznego t. j. apatja, przygnębienie, astenja i znaczna senność przy braku skarg podmiotowych, braku świądu skóry. Dziecko poci się. Oprócz tych objawów występuje tym razem nowy symptom, a mianowicie zjawia się pod prawą szczęką pakiet gruczołów elastycznych dość twardej konsystencji, niebolesnych, przesuwalnych pod skórą — nieprzekraczających wielkości 3 orzechów laskowych. Badanie gardła ujemne. Zęby trzonowe dolnej szczęki po stronie prawej wykazują próchnicę, co daje powód niektórym lekarzom do łączenia w związek przyczynowy obserwowanego odczynu gruczołowego. Gorączka utrzymuje się na wysokości 39°—40° przez 6 dni, po których upływie znowu następuje krytyczny spadek ciepłoty do normy; podczas tego obrzęk śledziony i obrzęk gruczołów podszczękowych zmniejsza się do połowy, gruczoły są przytem mniej twarde, stłumienie podstaw płucnych ustępuje a rentgenografja klatki piersiowej znowu stwierdza w porównaniu z poprzednią kliszą mniejsze kontury zaciemnienia wnęki.



Jadzia P. lat 6 chora na ziarnicę złośliwą. Fotografja wykonana przed biopsją gruczołu podszczękowego prawego — wykazuje dyskretny charakter adenopatji, która nie powoduje żadnej asymetrji twarzy.

Następna 3 kryza gorączkowa zjawia się po 9 dniach, przyczem gruczoły podszczękowe stają się twardsze i obrzęk ich dochodzi do wielkości orzecha włoskiego. Śledziona znowu twardsza występuje na 2 palce z pod łuku żebrowego, wątroba na 3 palce, stłumienie obu podstaw płucnych wraca a nakłucie z prawej jamy opłucnej wydobywa 2 cm³ płynu mlecznego, limfo- i monocytarnego. Posiewy płynu ujemne. Oprócz tego występuje nowy objaw w czasie tej kryzy, mianowicie zjawia się w okolicy pachwinowej prawej nad więzadłem Pouparta gruczoł wielkości orzecha laskowego, niebolesny. W czasie tej kryzy dziecko wykazuje niemiarowość tętna, zwolnienie tętna (80) i wymioty. Badanie zawartości żołądka o ogólnej kwasocie 30, wykazuje wolnego kwasu solnego 0.108%. Brak krwi utajonej. We krwi w czasie tej trzeciej kryzy gorączkowej spadek czerwonych krwinek do 1,650.000, białych ciałek 2.400, wskaźnik zabarwienia 1.2, zjawiają się normoblasty 0.5%. Próba Benhamou (wstrzyknięcie 1 cm³ adrenaliny) wykrywa po 30' — 7% normoblastów, 1% myelocytów, 3% promyelocytów, 2% myeloblastów. Rentgenografja klatki piersiowej wykazuje znowu powiększenie cieniów wnęki w porównaniu z uprzednią kliszą okresu bezgorączkowego. Trzecia kryza gorączkowa trwała 10 dni i skończyła się podobnie, jak poprzednie nagłym spadkiem ciepłoty.

Rozpoznanie nasze brzmiało: ziarnica złośliwa.

Dnia 30. XII. 1931 r. uproszony przez nas chirurg szpitala Dr. Wiszniewski wykonał biopsję gruczołku podszczękowego, którego badanie wykonane dnia 2. I. 1932 w Zakładzie Anatomji Patologicznej pod Nr. 10030 stwierdziło następujący obraz histologiczny: w nadesłanym gruczole rozrasta się tkanka ziarninowa, zacierająca całkowicie zwykłą budowę gruczołu. Dookoła ognisk o wyglądzie mas szklisto serowatych *(fibrinoid)* skupiają się limfocyty, leukocyty, kwasochłonne oraz duże, jasne elementy, przypominające obrzmiałe komórki siateczki. Gdzieniegdzie zjawiają się duże elementy z ciemnem jądrem, robiące wrażenie nietypowych komórek Sternberga. Barwienie na prątki gruźlicze wypadło ujemnie. Rozpoznanie: *Lymphogranulomatosis* (Dąbrowska, Laskowski).

Po ustaleniu rozpoznania dziecko było leczone naświetlaniem Roentgena w odstępach 5 dniowych (Dr. Zawadowski) i to bez względu na ciepłotę. Po czwartem naświetleniu obserwowało się zmniejszenie gruczołu podszczękowego do wielkości pestki od wiśni. We krwi pojawiły się komórki kwasochłonne.

Dnia 9. II. dziecko wypisane do domu pozostawało w obserwacji ambulatoryjnej. Z powodu kokluszu, którym się zaraziło w szpitalu, rozwinęło się u dziecka zapalenie drobnych oskrzelików z ciężkiemi atakami kaszlu, wymiotami i kurczem krtani. Dnia 20. II. nastąpiło w domu nagłe zejście śmiertelne wśród objawów kurczu głośni. Sekcji nie wykonywano.

Czy w świetle tego dramatycznego a nieprzewidzianego przez nas epilogu ze strony nowej choroby zakaźnej, której dziecko tak gwałtownie uległo — mimo krótkiego pobytu w szpitalu, czy niezależnie od tego incydentu sam przypadek miał przebieg paniczny i dla życia dziecka niepokojący choćby przez anemję i często powtarzające się kryzy gorączkowe? Stawało się rzeczą najważniejszą możliwie rychłe rozstrzygnięcie metody postępowania leczniczego. Należało na podstawie badania klinicznego — zadecydować, czy dziecko ma być dalej leczone wewnętrznie, czy chirurgicznie (splenektomja), czy rentgenologicznie.

Jak widać z opisu, mechanizm konstrukcji rozpoznawczej wymagał tayloryzacji t. j. szybkiego wyzyskania w krótkim czasie szczegółów zaobserwowanych w czasie pobytu dziecka w szpitalu, oraz rozróżnienia i należytego skwalifikowania objawów ważnych od nieważnych. Gdyby nie nasz pośpiech, przypadek z powodu epilogu kokluszowego nie byłby rozpoznany. W przypadku naszym należało się zdecydować na uznanie za ważne zjawisk: temperatury powrotnej, zapalenia opłucnej, powiększenia wnęki, obrzęku śledziony — dyskretnego obrzęku gruczołów podszczękowych, odczynów tuberkulinowych, należało natomiast uznać za mniej ważną odrę, która według wywiadów była prologiem choroby, oraz anemję i szmer sercowy.

Przywiązując bowiem wagę do odry i do autystycznego poglądu o powinowactwie odry do gruźlicy, moglibyśmy popełnić błąd przez zbyt skorą tendencję rozpoznawczą w kierunku tego zakażenia. Przyznanie wagi dla szmeru sercowego mogło przy istniejącej anemji i przy tętnieniu żylnem szyi, tachykardji i powiększonej śledzionie poddać myśl o powolnem zapaleniu wsierdzia na tle gośćcowem *(endocarditis lenta)*. Przyjmując za ważną anemję, można było ze względu na wskaźnik zabarwienia potraktować przypadek hematologicznie i uważać go za złośliwą postać anemji.

Przeciw gruźlicy poodrowej — gruczołowo-opłucnowej — przemawiał ujemny wynik prób tuberkulinowych i prób biologicznych na śwince morskiej. Przeciw kardjopatji posocznicowej przemawiał ujemny wynik posiewów krwi i określony, falisty typ gorączki. Ten typ gorączki powrotnej towarzyszący zespołowi opłucno-śledzionowo-gruczołowemu był najbardziej decydującym czynnikiem pomocniczo-rozpoznawczym, który nawet na wypadek ujemnego wyniku badania histologicznego nie byłby nas powstrzymał od jedynie racjonalnego zastosowania leczenia radjologicznego. Sam gruczoł podszczękowy mimo swojej charakterystycznej niebolesności był w okresie przez nas obserwowanym tak niewielki (jak orzech włoski), że tylko ze względu na współistniejący zespół śledzionowo-anemiczny mógł wchodzić w grę. Jak nie wielkość gruczołu podszczękowego, tak i nie wielkość adenopatji wnękowej stanowiła treść zainteresowania

w naszym zespole gruczołowo-anemicznym. Istotnym przedmiotem zainteresowania, który nadawał piętno temu przypadkowi, był rytmiczny, falisty, powrotny charakter adenopatji wnękowej i podszczękowej, oraz ten sam falisty typ powrotny gorączki, astenji, procesu opłucnego, splenomegalji a wraz z nią nawet obrazu krwi. Charakter powrotny wymienionych objawów chorobowych uchwytny był pod względem klinicznym, rentgenologicznym i laboratoryjnym. Sama krzywa ciepłoty zmuszała do różniczkowania przypadku z durem powrotnym. Oczywiście wykluczenie duru powrotnego, choroby Banga, gorączki maltańskiej, podobnie, jak malarji, czy bakterjemji gruźliczej *(typho-bacillosis* Landouzy) opierało się na ujemnym wyniku badania krwi.

Na przeszkodzie dla koncepcji o ziarnicy złośliwej stał brak wyraźnego guza poza dyskretną postacią *lymphadenitis submaxillaris*, która nie powodowała żadnej asymetrji w rysunku twarzy (patrz załączoną rycinę). Brak było również w przypadku naszym swędzenia skóry *(pruritus)*. Wreszcie obraz krwi pod wielu względami nie odpowiadał przyjętym naogół, jakkolwiek problematycznym, wymogom hematologicznym mianowicie z powodu zbyt posuniętej anemji, z powodu leukopenji, aneozynofilji i trombopenji. Tylko limfopenja i neutrofilja zgadzały się w pewnym stopniu z hematologją ziarnicy.

Chevallier i Bernard, autorowie monografji o chorobie Hodgkina, uważają leukopenję za wyjątkową zwłaszcza u chorych, którzy nie byli jeszcze poddani leczeniu naświetleniem rentgenowskiem. Weis uważa ją za normalną. Straube, Fabian, Hollborn w 25% przypadków chronicznych stwierdzali leukopenję. Niektórzy uważają leukopenję za wskaźnik zły prognostycznie.

Jeżeli wspomniany zespól śledzionowo-anemiczny mógł budzić dyskusję na temat wskazań do zabiegu operacyjnego splenektomji, to z drugiej strony nawet już po ustaleniu klinicznem rozpoznania ziarnicy i w związku z tem po ustaleniu wskazania do leczenia rentgenowskiego, rentgenolog znajdował się w sytuacji paradoksalnej, ponieważ w czasie remisji przy braku wyraźnego guza nie napotykał konkretnego punktu zaczepienia do naświetlania objektu leczniczego w celu raczej profilaktycznym, naodwrót w czasie kryzy gorączkowej miał prawo z powodu samego stanu gorączkowego liczyć się z przeciwwskazaniem do interwencji. W przypadku naszym ułatwiła decyzję rentgenologowi pewność rozpoznania potwierdzonego histopatologicznie; wiadomo jednak, że wynik badania histopatologicznego bywa w przebiegu ziarnicy bardzo często niemiarodajny i niekonkretny, bo zależny od trafu, z jakim się spotka dany mniej lub więcej typowy skrawek preparatu.

Przypadek nasz porusza problematyczne zagadnienie pochodzenia płucnego ziarnicy, której typ kliniczny zachowywał cechy opłucno-płucne. Przypadek uczył, że przy bliższej obserwacji niepodobna wykluczyć współuczestnictwa adenopatji wnękowej i że przypuszczenia o czysto płucnej postaci w świetle naszego przypadku — są raczej problematyczne. Czyta się w literaturze dużo o t. zw. anormalnych nowych postaciach ziarnicy, w rezultacie chodzi właściwie często o przemieszczenie na pierwszy plan objawów mniej wartościowych z równoczesnem pozostawieniem w cieniu rysów klinicznych istotnych. Wyśledzenie współuczestnictwa gruczołów wnęki w naszym przypadku wysięku opłucnego powrotnego było możliwe tylko dzięki zastosowaniu systematycznego badania rentgenologicznego wnęki. Na posiedzeniach w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem i w Polskiem Towarzystwie Pedjatrycznem pokazywałem klisze rentgenologiczne, na których uwidocznione były wahania rozmiaru konturów wnęki zależnie od kryzy gorączkowej. Samo badanie fizykalne oczywiście byłoby istoty rzeczy nie uchwyciło, podobnie jak jednorazowe zdjęcie rentgenologiczne. W przypadku naszym współistnienie wysiękowego zapalenia opłucnej stanowiło typową postać wnękowo-opłucną ziarnicy (Tapie).

Przypadek nasz dowodził również, jak problematyczne bywają opisy magistralne rzekomo patognomonicznych dla ziarnicy hemogramów. Nie uważamy przypadku naszego za nietypową nową postać ziarnicy, ale przeciwnie skłonni jesteśmy zgodnie z Goią wyznać, że wobec braku patognomonicznych zmian we krwi w ziarnicy wszelka interpretacja hemogramów jest dopuszczalna tylko przy łóżku chorego.

Przypadek nasz przedstawiał typ gorączki powrotnej. Jeszcze w r. 1870 Murchison opisał przypadek choroby gruczołowej u dziecka, u którego obserwował systematyczne i okresowe nawroty okresów gorączkowych i bezgorączkowych. Także Gowers (1879) wspomniał o tym typie gorączkowym pod nazwą: *„Alternating pyrexia"*.

W latach następnych bardzo dużo podobnych obrazów chorobowych u dorosłych opisano, w których również stwierdzono typowy przebieg perjodycznej gorączki. Barbroch 1890, Blumberg 1912, Fischer 1911, Glaeser 1897, Goldschmidt 1901, Hammer 1894, Hauser 1889, Hirschfeld 1911, Hitmair 1924, Hohenemser 1895, Klein 1890, Laache 1912, Meyer 1911, Naegeli 1910, Pel 1887, Plehn 1913 i t. d. Jakkolwiek niezawsze rozpoznawano ziarnicę, to jednak nie trzeba zapominać, że obraz histologiczny niezawsze wówczas dokładnie określano i rozmaicie nazywano więc: *pseudoleukaemia, adenia, hypertrophia glandularum progressiva*, złośliwe *lymphoma*, złośliwe *granuloma, limphosarcoma* i t. d. Fakt, że we wszystkich podobnych przypadkach w ostatnich latach rozpoznawano *limphogranulomatosis*, przemawia za tem, że i w dawniejszych obserwacjach chodziło o ten sam obraz chorobowy.

Fabian uważa gorączkę powrotną za typ banalny w przebiegu ziarnicy i spotyka ją w 50%, Guggenheim w 40%, ale naogół kryzy nie są regularne, nie trwają jednakowo długo i nie są przedzielone równemi odstępami okresów bezgorączkowych. Do rzadkości należą nagłe podskoki ciepłoty i krytyczne jej spadki. Pod tym względem przypadek nasz odbiegał od szablonu tych autorów. Meyer przytacza 13 przypadków z literatury tyczących się dzieci, u których obserwowano gorączkę o typie powrotnym w przebiegu splenomegalji i różnych postaci schorzeń gruczołowych. Należy zaznaczyć, że w żadnym z tych przypadków nie dostarczyli autorowie dowodu histopatologicznego. Grott u większości swoich chorych (21 przypadków) nie obserwował okresowych stanów gorączkowych.

Meyer z Düsseldorfu opisuje przypadek ziarnicy gruczołu pachowego u chłopca 9-letniego, u którego pierwsze objawy wystąpiły w 4-ym roku życia. Podczas gdy na początku obraz chorobowy nie był charakterystyczny — w późniejszym przebiegu choroby — wystąpiła gorączka perjodyczna, jak w naszym przypadku. Autor po 6 miesiącach obserwacji szpitalnej a po 9 kryzach gorączkowych ustalił rozpoznanie potwierdzone histopatologicznie.

W naszym przypadku rozpoznanie ustalone zostało po 3 kryzie gorączkowej w 7 tygodniu obserwacji.

Przypadek opisujemy nie ze względu na typ samej gorączki powrotnej towarzyszącej ziarnicy, ale ze względu na typ falisty właściwy całemu zespołowi opłucno-śledzionowo-gruczołowemu i ze względu na trudności rozpoznawcze, związane z utajeniem i dyskrecją schorzenia gruczołowego.

Streszczenie.

Dziewczynka 6-letnia przedstawiała co 2 tygodnie kryzy chorobowe kilkudniowe. Właściwością choroby był powrotny, falisty charakter nietylko gorączki, ale i całego przebiegu zespołu opłucno-śledzionowo-gruczołowego wraz z jego hematologją. Ziarnicy wnękowej, której obraz rentgenologiczny zmieniał się stosownie do kryzy, towarzyszyły zmienne objawy ze strony opłucnej. Leczenie naświetlaniem Roentgena sprowadziło znaczną poprawę.

Piśmiennictwo:

1) Chevallier P. et J. Bernard: La maladie de Hodgkin. Paris Masson 1932. — 2) Ebstein W.: Berl. Klin. Wochenschr. 1887 (565, 837). — 3) Favre, Croizet, Guichard: XXII Congrès franç. de méd. 1932. Presse méd. 1932. — 4) Goia: XXII Congrès franç. de médecine. 1932. Presse Médic. 1932. — 5) Grott W. i Szreder W.: Medycyna 1931. Nr. 11. Str. 340. — 6) Gowers W. R.: Reynolds Sys. of Medicine 1879/306. — 7) Meyer M.: Zeitschft. f. Kinderheilk. 54 Bd, 3—5 H. 1933. — 8) Mikułowski Wł.: Medycyna 1932. Str. 342—3. — 9) Murchison Ch.: Trans. pathol. Soc. Lond. 1870/372. — 10) Pel P. K.: Berl. Klin. Wchschrft. 1885/3. — 11) Tapie: XXII Congrès franç. de méd. 1932. Presse méd. 1932.

Dr. Józef GRÜNHUT. Kraków.

Przypadek skrętu jajowodu.

Z oddziału ginekologiczno-położ. Szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Przypadek poniżej opisany przedstawia się ciekawie pod względem rozpoznawczym o tyle, iż bywa bardzo rzadko trafnie rozpoznawany przed zabiegiem oraz ze względu na mechanizm powstawania.

Dotyczy on chorej M. M. l. 46 (L. p. 12685/101750) przyjętej na oddział ginekolog.-położ. z powodu silnych bólów dołem brzucha. Pierwsza miesiączka w 15 roku życia, później co 4 tygodnie 2 dni trwająca, średnio obfita, bolesna w pierwszym dniu. Rodziła

2 razy, ostatni poród przed 12 laty; 2 razy roniła, ostatni raz przed 14 laty siłami natury, przebieg bez powikłań. Ostatnia miesiączka przed 3 tygodniami w swoim czasie. Podaje, iż obecnie przed tygodniem wystąpiły gwałtowne bóle w lewym boku i dołem brzucha. Połączone one były z wymiotami, zaparciem wiatrów i stolca. Po 2 dniach osłabły one nieco w nasileniu, również wymioty ustąpiły, miała obfite wypróżnienie a wiatry obecnie odchodzą prawidłowo. Przy ruchach jednak odczuwa w dalszym ciągu bóle i z tego powodu zgłasza się na oddział. Podobne dolegliwości miała już przed rokiem a następnie o słabszem nasileniu po 3 miesiącach. Pozatem nigdy nie chorowała.

Badanie przedmiotowe wykazuje wzrost niski, odżywienie dobre. Język podsychający, skóra prawidłowo zabarwiona, błony śluzowe różowe. Ciepłota 36,8, tętno 96, dobrze napięte, miarowe. Narząd oddechowy oraz krążenia bez zmian. Brzuch nieco wysklepiony, wykazuje przy opukiwaniu przytłumienie nieznaczne nad pachwiną po stronie lewej, sięgające na wysokość 4 palców ponad spojenie, wolnego płynu w jamie brzusznej niema. Obmacywaniem stwierdza się wyraźnie obronę mięśniową po stronie lewej, zwłaszcza dołem brzucha. Badanie ginek. oburęczne wykazuje pochwę prawidłową, sklepienie lewe nieco obniżone, część pochwową walcowatą, zwróconą ku tyłowi, ruchomą. Trzon macicy nieco odprostowany, niepowiększony, mało ruchomy, przesunięty na stronę prawą. Po stronie lewej wyczuwa się guz pozostający w związku ze ścianą trzonu macicy, wypuklający nieco boczne lewe sklepienie wielkości mniejwięcej pięści, elastyczny, mało ruchomy, o powierzchni gładkiej, nieco wydłużony, przy ucisku bardzo bolesny. Po stronie prawej przydatki dobrze macalne bez zmian. Leukocytoza 6.800. Mocz B. C. nie zawiera.

Wobec powyższego wyniku badania, przyjęliśmy skręt guza jajnikowego. Ze względu jednak na niezbyt duży guz, a zwłaszcza jego kształt, nie mogliśmy wykluczyć sprawy wychodzącej z przydatków lewych, może nawet zapalnej, wzgl. pozapalnej (wodniak jajowodu). Przystąpiliśmy do zabiegu i po otwarciu jamy brzusznej stwierdziliśmy guz o zabarwieniu ciemno wiśniowem z przeświecającą pół płynną treścią, leżący we wiotkich zrostach z pętlami jelit cienkich. Guz okazał się skręconym 3 razy o 360° jajowodem lewym, wypełnionym płynem krwawo podbarwionym. Jajnik niezmieniony, prawidłowej wielkości, był tylko jednym swym biegunem dośrodkowym wciągnięty nieco w szypułę. W otoczeniu nie stwierdzono przekrwienia. Po oddzieleniu zrostów częściowo na tępo, częściowo na ostro, usunięto skręcony jajowód i zamknięto w typowy sposób jamę brzuszną. Zaznaczyć należy, iż przydatki po stronie prawej nie wykazywały żadnych zmian, jajowód zwłaszcza nie okazywał żadnego przerostu i był prawidłowej długości. W otrzymanym zaś preparacie widać było jeszcze dość wyraźnie zlepione strzępki jajowodu.

Ścisłe rozpoznanie podobnych zmian przed otwarciem jamy brzusznej jest niezmiernie trudne. Najczęściej przyjmuje się, jak w naszym przypadku, tak na podstawie wywiadów jak i badania, skręt guza jajnikowego. Jeżeli jednak mamy do czynienia ze skrętem po stronie prawej, a nie doszło jeszcze do wytworzenia się wylewu krwawego w jajowodzie, obraz kliniczny może znowu łudząco przypominać ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Często i ciąża pozamaciczna bywa rozpoznawana, zwłaszcza gdy nastąpią już zmiany w jajowodzie, lub też przyjmuje się zmiany zapalne. Dopiero po otwarciu jamy brzusznej przekonywujemy się wtedy o omyłce rozpoznawczej. Nieuwzględnianie powyższego cierpienia w rozpoznawaniu różniczkowem pochodzi stąd, iż cierpienie to występuje bardzo rzadko i dotychczas opisanych przypadków samoistnego skrętu niezmienionych uprzednio przydatków znamy około 100 z ostatnich 20-stu lat (H e y n e m a n).

Odnośnie do sposobu powstawania skrętów, w naszym przypadku skłaniamy się do przyjęcia, iż skręcił się pierwotnie jajowód chorobowo niezmieniony. Przemawia zatem zupełnie prawidłowy jajowód po stronie prawej, a wobec rzadkości występowania spraw zapalnych jednostronnie, wolno nam przyjąć, iż w jajowodzie skręconym nie było uprzednio również żadnej zmiany zapalnej. Wylew krwawy w jajowodzie jest już sprawą następową, podobnie jak w skrętach torbieli. Jako dowód, iż zamknięcie nie nastąpiło zbyt dawno, przemawiają widoczne jeszcze strzępki jajowodu. Byłyby one zupełnie niewidoczne, gdyby zamknięcie jajowodu nastąpiło już uprzednio, z powodu zmiany zapalnej na jakiemkolwiek tle. Trudne to zasadniczo do rozstrzygnięcia pytanie jest ważnem ze względu na sposób i przyczynę powstawania skrętu. Albowiem skręt jajowodu guzowato zmienionego, leżącego bez zrostów w jamie brzusznej, odbywałby się według ogólnie przyjętej teorji S c h a u t y i F r ä n k l a o guzach uszypułowanych. A więc kierunek zrostu guza, ustalonego na jednym biegunie, byłby momentem etjologicznym dla skrętu guza danego. Nie jest to jeszcze bezwzględnie wyjaśnionym mechanizmem, istnieje bowiem cały szereg i innych zapatrywań, z których jednak każde wykazuje pewne niejasności (K ü s t n e r, P f a n e n s t i e l, Z w e i f e l).

Jeżeli jednak chodzi o skręt jajowodu prawidłowego, to inne czynniki odgrywają tu główne znaczenie. I tak P a y e r przypisuje w tych przypadkach znaczenie różnicy ciśnień w naczyniach żylnych i tętniczych. Mianowicie wolna bańkowata część jajowodu ma sama przez się skłonność do opadania ku tylowi i ku środkowi. Jeżeli teraz, przez jakikolwiek czynnik przypadkowy, działający od zewnątrz, a więc gwałtowne wygięcie się przy ćwiczeniach gimnastycznych, przy wysiłku fizycznym lub upadku, — albo przez czynnik wewnętrzny, jak nadmierne wypełnienie się pęcherza, zaleganie kału — przychodzi do zmiany położenia trzonu macicy, wystąpić może wtedy załamanie się jajowodu i prowadzących do niego naczyń. W pierwszym rzędzie więc będą zaciśnięte całkowicie lub częściowo światła naczyń żylnych, z powodu zaś utrudnienia odpływu, przychodzi do podniesienia ciśnienia w naczyniach tętniczych, które z natury rzeczy, jako posiadające ściany grubsze, przy silniejszem dopiero zadziałaniu dałyby się ucisnąć. Dookoła więc naczyń tętniczych, stawiają się naczynia żylne i przy ustalonym jednym biegunie zaczynają tworzyć spiralę i to jest pierwszym czynnikiem wyzwalającym skręt. Przez nieznaczny już skręt przychodzi do silniejszego zadziałania wspomnianych sił. P a y e r nazywa to hemodynamicznym skrętem. Skręt więc, który przychodzi do skutku w myśl tych zasad, prowadzi szybko do obrzęku bańkowatej części jajowodu, obwodowo od miejsca skrętu. I tu zaznaczyć należy, iż obrzęk dotyczyć będzie raczej wolnego brzegu jajowodu, a nie części ustalonej na krezce i ten kierunek wzrostu guza zaczyna wtedy odgrywać również pewną rolę przy powstawaniu skrętu, staczając się po talerzu biodrowym i ułatwiając w ten sposób dalsze skręcanie się szypuły. Występujące czasami i skurcze samoistne mięśniówki jajowodu mogą według S c h w e i t z e r a również odgrywać duże znaczenie. Dalszy przebieg jest już jasny. Przez wytwarzanie się obrzęku zastoinowego przychodzi do zlepienia się fałdów szypuły i utrwalenia przez to skrętu. Strzępki obrzękłego jajowodu przy poruszaniu zlepiają się i zamykają jego światło. Przy silnym zaś skręcie przychodzi nietylko do wybroczyn w ścianie jajowodu samego, ale i do jego światła następuje krwawienie przez ubytki błony śluzowej (O p i t z). Wytwarza się więc wodniak krwawy *(sactosalpinx haemorrhagica)*. Przy kilkakrotnych skrętach przchodzi dalej do nieuchronnej częściowej utraty i uszkodzenia nabłonka powierzchownego, a przez to do zrostów z otoczeniem. P a y e r poparł swoją teorję doświadczeniem na zwłokach ludzkich oraz zwierzętach przez podniesienie ciśnienia w naczyniach żylnych. Zaznaczyć jeszcze należy, iż tego rodzaju skręty prowadzić mogą w dalszym ciągu do zupełnego odsznurowania się jajowodu od rogu macicy.

U naszej chorej, która ciężko pracuje fizycznie, zdaje się, iż czynnikiem wyzwalającym musiał być jakiś gwałtowny ruch przy pracy. W takiej bowiem okoliczności miała poczuć swego czasu pierwsze bóle. Innych przyczyn, jak dziecięcości jajowodu lub długiej krezki, nie stwierdziliśmy.

Ze względu na bardzo rzadkie występowanie odosobnionego skrętu tylko jajowodu, pozwoliłem sobie opisać i podać ciekawy mechanizm powstawania powyższego cierpienia.

Piśmiennictwo:

H. F u c h s: Mon. f. Geb. u. Gyn. 1913. XXXVII. — B e c k e r: Zbl. f. Gyn. 1922. Nr. 50. — E. G r a f: Arch. f. Gyn. 1911. XCIII. — H a n s e n: Zbl. f. Gyn. 1922. Nr. 18. — S c h w e i t z e r: Zbl. f. Gyn. 1918. Nr. 2, 1920 Nr. 19.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Dr. Adam FINKEL. Lwów.

Owalocytemja i drepanocytemja u ludzi rasy białej.

Z Zakładu Biologji Ogólnej U. J. K. we Lwowie.

Badania nad obrazem cytologicznym krwi u ludzi karmiących wszy, przeprowadzone przeze mnie w pracowni Prof. Weigla we Lwowie, wykazały, że utrata krwi wskutek karmienia wielkich ilości wszy przez dłuższy okres czasu powoduje następową niedokrewność, która wzrasta proporcjonalnie do ilości krwi wyssanej przez wszy. W miarę wzmagania się stanu niedokrewności, zauważyłem w dwóch przypadkach coraz liczniej i wyraźniej występujące, obok krwinek prawidłowo okrągłych, erytrocyty

owalne (owalocyty) oraz sierpowate (drepanocyty). Obie te postacie spostrzegano dotychczas niemal wyłącznie u murzynów i mięszańców rasy czarnej, a tylko kilku autorów opisało je, jako wyjątkowy objaw, także u osobników rasy czysto białej.

Doświadczenia, wykonane na kropli krwi wiszącej w komorze gazowej, celem zbadania wpływu dwutlenku węgla, tlenu, względnie powietrza i innych gazów, jakoteż obserwacje nad działaniem światła, zmian ciepłoty oraz innych czynników fizyko-chemicznych, potwierdziły przypuszczenie, że te zniekształcone erytrocyty są rzeczywiście typowemi owalocytami, względnie drepanocytami. Mianowicie w atmosferze tlenu, jakotez pod wpływem oziębienia i hipotonji, tak owalne, jakoteż wydłużone krwinki wspomnianych dwóch osobników, przybierały postać okrągłą, natomiast wydłużały się zpowrotem pod działaniem dwutlenku węgla, jakoteż ocieplenia i hipertonji. Zjawisko to jest zatem odwracalne i daje się w odpowiednich warunkach powtórzyć dowolną ilość razy. Badania dotychczasowe pozwoliły mi wyróżnić naogół 4 grupy ciał ze względu na ich wpływ na postać erytrocytów, a mianowicie: 1. ciała, powodujące wydłużanie się krwinek np. CO_2; 2. ciała powodujące zaokrąglenie się krwinek np. O_2; 3. ciała obojętne niewpływające na kształt krwinek; 4. ciała utrwalające postać krwinek np. sublimat, garbnik.

Stwierdziłem również owalocyty, a nawet ciałka sierpowate, u potomstwa jednego z osobników badanych, wykazującego to zjawisko najsilniej i to nawet u tych dzieci, które nigdy nie zajmowały się karmieniem wszy. Jest to zatem właściwość dziedziczna, samoistna, niezależna od stanu niedokrewności, a tylko wyraźniej występująca pod wpływem utraty krwi wskutek karmienia wszy. U osób niecierpiących na niedokrewność a nacechowanych taką skazą krwinek czerwonych, którą nazwałbym dolichocytemją, można tę utajoną właściwość ujawnić eksperymentalnie w sposób wyżej podany. Doświadczenia te należy więc uważać niejako za *„experimentum crucis"* dla wykazania owalocytemji, względnie drepanocytemji.

Badania kontrolne z krwią ludzi normalnych wypadły ujemnie. Wprawdzie pewien odsetek erytrocytów zawija swe brzegi w atmosferze dwutlenku węgla, rozprostowując je zpowrotem pod wpływem tlenu; pojedyncze zaś krwinki przybierają nawet postać jajowatą lub półksiężycowatą; jednakowoż nie wydłużają się przytem, przeważna zaś większość krwinek czerwonych tych osobników pozostaje okrągła mimo działania czynników deformujących. Zjawisko opisane skłonny jestem uważać za przedwstępne, jeszcze w granicach fizjologicznych leżące stadjum dolichocytemji.

Szczegółowe obserwacje pozwoliły wyróżnić cztery zasadnicze odmiany kształtu wydłużonych krwinek czerwonych: I. postać owalną (względnie eliptyczną), II. poczwarkowatą t. j. owalną z dwoma rożkami na jednym z biegunów, III. półksiężycowatą oraz IV. a) haczykowatą, względnie b) sierpowatą, zakończoną z jednej lub z obu stron cienkiemi jak włos wypustkami.

Między powyżej wyszczególnionemi postaciami istnieją również postacie przejściowe tak, że właściwie są to tylko rozmaite stopnie nasilenia jednego i tego samego zjawiska. Niema więc wcale dostatecznego powodu oddzielać owalocytemję od drepanocytemji jako dwie różne jednostki chorobowe.

Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń można wysnuć następujące wnioski, zgodne poczęści z obserwacjami innych autorów:

I. Pojawienie się we krwi erytrocytów owalnych, względnie sierpowatych nie jest wyłączną właściwością ras kolorowych (w szczególności rasy czarnej), lecz daje się obserwować także u ludzi białych.

II. Skaza ta jest cechą konstytucjonalną i dziedziczną..

III. Stan niedokrewności jest jedynie czynnikiem konstelacyjnym, uwydatniającym tę skazę. W przypadkach skazy utajonej można ją ujawnić eksperymentalnie.

IV. Niema zasadniczej różnicy między owalo- a drepanocytemją; obie stanowią tylko odmiany jednego i tego samego stanu fizjo-patologicznego, który możnaby nazwać ogólnie dolichocytemją. (Pojawi się w całości w Med. Dośw. i Społ.).

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stanisław HORNUNG. Lwów.

Sprawozdanie z Konferencji w sprawie ochrony zdrowia i ubezpieczeń na wypadek choroby młodzieży akademickiej. (Leysin 2—4 czerwca 1933).

W dniach 2—4 czerwca 1933 r. odbyła się w Leysin w Szwajcarji konferencja w sprawie ochrony zdrowia i ubezpieczeń na wypadek choroby młodzieży akademickiej, zwołana przez *Entr'aide Universitaire Internationale.* Na zaproszenie tej organizacji przybyło do Leysin około 30 osób z wielu państw europejskich oraz z Chin. Zaznaczyć należy, że Minister Wychowania Narodowego Francji wydelegował swego oficjalnego przedstawiciela, którego zadaniem było zapoznanie się z akcją zdrowotną wśród młodzieży różnych krajów, w celu wykorzystania tych doświadczeń przy organizacji opieki zdrowotnej na francuskich wyższych uczelniach. Ponadto niektórzy lekarze m. i. i z Polski otrzymali subwencje na pokrycie kosztów udziału w Zjeździe, z obowiązkiem przedstawienia sprawozdań odpowiednim Ministerstwom Oświaty.

Podkreślić należy gościnność sfer lekarskich z Leysin i sprawną organizację Zjazdu. Obrady toczyły się w języku francuskim i niemieckim; wszystkie przemówienia były natychmiast tłumaczone na drugi język. Przewodniczyli kolejno Konferencji: Doc. Kayser-Petersen z Jeny, Dr. Pollart z Brukseli, Prof. Alexander z Agra i Prof. Todorowitsch z Belgradu.

W I-szym dniu obrad po powitalnych przemówieniach Prezesa gminy Leysin, Dyrektora sanatorjum akademickiego w Leysin i innych wygłosił Kattentidt z Monachjum referat: *O zadaniach akcji ochrony zdrowia i opieki nad chorym studentem.* Mówca, kierownik najlepiej w Niemczech zorganizowanej „opieki społecznej" w środowisku monachijskiem, wypowiedział szereg bardzo trafnych uwag i myśli, a ponadto zaznajomił Konferencję w grubszych zarysach z zasadami akcji zdrowotnej w Niemczech.

Akcja zdrowotna wśród młodzieży jest szczególnie ważna, ponieważ dotyczy ona najcenniejszej warstwy społeczeństwa. Niestety prawie wszędzie państwo mając inne zadania przed sobą, nie poświęca tej sprawie należytej uwagi. Cały ciężar tej akcji spoczywa przeto na samej młodzieży i na władzach uczelni. Należyta ocena ważności akcji zdrowotnej wśród młodzieży u tych czynników jest koniecznością państwową. Akcja zdrowotna obejmuje zakres działania począwszy od podniesienia i utrzymania przeciętnego stanu zdrowotnego studenta na odpowiednim poziomie, a skończywszy na wyleczeniu chorego studenta.

Środkami, które prowadzą do celu, są: ćwiczenia cielesne i sport; zadaniem ich jest zapobieżenie następstwom, jakie pociąga za sobą fizyczna bezczynność, w ogólnych zdolnościach, także i umysłowych, jednostki. Ważną rolę spełniają również badania osób zdrowych, w celu wykrycia chorych, którzy o swem schorzeniu nie wiedzą i umożliwienia w ten sposób wczesnego wytępienia ognisk zarazy.

Badania studentów zdrowych muszą być obowiązkowe, co zostało też przeprowadzone w bardzo wielu uczelniach niemieckich, w zrozumieniu ważności akcji, której celem jest ochrona cennego dobra narodu. Osobnik chory np. na gruźlicę nie jest tylko jednostką, ale czemś więcej także: źródłem niebezpieczeństwa dla bliźniego. Człowiek niedbający o swe zdrowie jest typem niespołecznym, który stanie się ciężarem dla państwa i społeczeństwa. Z powyższych okoliczności musi sobie w pierwszym rzędzie zdawać sprawę student, ponieważ państwo łoży na jego studja i spodziewa się po nim pewnych korzyści.

W wielu schorzeniach nie wystarcza, by chory zgłosił się do lekarza: przeciwnie lekarz musi przyjść do pozornie zdrowego, by uchwycić na czas chorobę i poddać pacjenta leczeniu. Sposobem prowadzącym do tego celu jest obowiązkowe badanie wszystkich studentów. Wartość tych badań wśród młodzieży akademickiej wzrasta dzięki temu, że z powodu wyższego poziomu intelektualnego tej warstwy, mogą one działać jako wzór i mieć znaczenie propagandowe w akcji zdrowotnej wśród ogółu społeczeństwa.

Dalszym działem pracy jest zaopatrzenie chorego i sprawa jego leczenia. Każdy student powinien najpierw wyłożyć własne środki pieniężne potrzebne do leczenia. Państwo czy też inne organizacje społeczne przychodzą tylko wtedy z pomocą, gdy chory, względnie jego najbliżsi, środków na leczenie nie posiadają. By wywiązać się należycie z obowiązku wobec państwa i narodu, powinien się każdy sam bronić przed chorobą, a przyjąć od społeczeństwa dla odzyskania zdrowia tylko to, czego mu brak; wtedy jest to tylko prawem dla chorego, a obowiązkiem dla państwa.

W Niemczech istnieją studenckie kasy chorych i niezależne od nich organizacje „opieki społecznej". Pierwsze udzielają świadczenia zasadnicze jednakowe wszystkim ubezpieczonym, a drugie w zależności od stanu majątkowego studenta. Według opinji mówcy nie jest rzeczą słuszną jednakowe traktowanie zamożnych i zupełnie biednych studentów w kasach przy udzielaniu kosztownych świadczeń; jednak indywidualizowanie przy wszystkich małych świadczeniach nie opłacałoby się z powodu wielkich kosztów administracyjnych. Zadaniem Kas Chorych powinno być przedewszystkiem udzielanie porad lekarskich i le-

czenia szpitalnego w ostrych schorzeniach. Polem działania „Opieki społecznej“ powinno być przedewszystkiem kosztowne leczenie gruźlicy i akcja wypoczynkowa.

Mówca uważa, że niskie opłaty, jakie składają studenci w porównaniu ze składkami w ogólnopaństwowych i prywatnych instytucjach ubezpieczeniowych, jak i cała organizacja ochrony zdrowia młodzieży w niektórych środowiskach, może być wzorem dla szerszych warstw społecznych. Jeśli chodzi o akcję przeciwgruźliczą, to w żadnem państwie dotychczas nie postawiono jej należycie, a przecież na terenie szkół akademickich pod niejednym względem stworzono wzory godne naśladowania.

W dyskusji przemawiał H o r n u n g ze Lwowa, przedstawiając zasady i rozwój organizacji opieki zdrowotuej na polskich uczelniach. Wzorem dla wszystkich ośrodków uniwersyteckich według okólnika Ministerstwa W. R. i O. P. ma być organizacja lwowskiej „Opieki Zdrowotnej“, która została założona przez Prof. Halbana w r. 1924. „Opieka“ łączy w sobie działy właściwej kasy chorych i opieki społecznej, które w Niemczech należą do zakresu działania dwóch odrębnych instytucyj. Należy spodziewać się, że połączenie w jednej organizacji tych czynności, przecież ściśle ze sobą związanych, wykaże w przyszłości swą wyższość nad systemem monachijskim.

Lwów posiada ponad 11.000 studentów. Wpływy „Opieki“ w r. 1931/32 wynosiły ponad 200.000 Zł (około 115.000 franków szwajc.). Członkowie „Opieki Zdrowotnej“, a musi nim być każdy student, mają prawo do bezpłatnych porad lekarskich we wszystkich specjalnościach i otrzymują recepty za 50%-ową zniżką, a w chorobach wenerycznych i epilepsji 75%. Lekarzami „Opieki“ są asystenci Klinik uniwersyteckich, którzy otrzymują z funduszów „Opieki“ osobne wynagrodzenie; przyjęcia chorych odbywają się przeważnie w ambulatorjach klinicznych w specjalnych godzinach. W razie potrzeby zostają chorzy przyjęci do klinik. Obłożnie chorych odwiedzają w domu lekarze „Opieki Zdrowotnej“. Ze świadczeń „Opieki“ korzysta w ciągu roku około 55% ubezpieczonych. Kosztowne świadczenia, jak protezy, opłacanie pobytu w klinikach, sanatorjach i zdrojowiskach, ponadto zapomogi na dożywianie i wynajem odpowiednich mieszkań są traktowane indywidualnie. Koszta pobytu w Sanatorjach pokrywa „Opieka Zdrowotna“ przeciętnie w 75%—80%. O udzieleniu tych nadzwyczajnych świadczeń, zależnie od zamożności studenta, decyduje Zarząd „Opieki Zdrowotnej“, pod przewodnictwem Prof. Halbana, w skład którego wchodzą ponadto delegaci Senatów wszystkich uczelni lwowskich, oraz przedstawiciele towarzystw samopomocowych młodzieży, którzy wydają opinję co do zamożności. Prócz właściwego leczenia prowadzi „Opieka Zdrowotna“ akcję zapobiegawczą i na jej przeprowadzenie wielki kładzie nacisk. Szczególną uwagę zwraca „Opieka“ na zwalczanie gruźlicy i chorób wenerycznych. W Przychodni Przeciwgruźliczej „Opieki“ skupiają się wszystkie nici łączące szereg działów pracy, mającej na celu ochronę młodzieży przed klęską społeczną, jaką jest gruźlica. W Karpatach posiada „Opieka“ własny „Dom Zdrowia“, całorocznie czynny, na 35 miejsc, który spełnia zadanie zakładu zapobiegawczego i leczniczego w lekkich postaciach gruźlicy. Ponadto wykonuje „Opieka“ stałą kontrolę stanu zdrowia mieszkańców Domów akademickich, organizuje rokrocznie obowiązkowe badania wstępujących na uczelnie, wydaje wiążące orzeczenia w sprawie dopuszczenia do studjów, oraz stawia wnioski na wykluczenie ze studjów studentów, którzy zachorowali w czasie studjów i są niebezpiecznymi dla otoczenia. Źle odżywionym udziela się zasiłków na dożywianie; ponadto umożliwia się wielu studentom wyjazd do miejscowości klimatycznych i odpoczynkowych na ferje. Akcją tą jest objętych poza przypadkami zdeklarowanej gruźlicy ponad 300 osób rocznie, a ogólna suma wysłanych wynosiła w roku ubiegłym 434 osób.

W wydatkach „Opieki Zdrowotnej“ najpoważniejszą pozycję stanowią koszta związane z akcją przeciwgruźliczą. Szczególną uwagę zwraca się na jaknajwiększe ograniczenie wydatków administracyjnych, które wynoszą jedynie 3,5%. Młodzież odnosi się z zaufaniem i najzupełniejszem zrozumieniem wobec zasady indywidualizowania w kosztownych świadczeniach. Ciągłość pracy instytucji o tak wielkiem znaczeniu dla młodzieży jest ważnym postulatem, a została ona osiągnięta dzięki stałemu kierownictwu „Opieki“ przez Prof. Halbana z ramienia Senatu Uniwersytetu J. K. Ponadto okoliczność ta sprawia, że wszelkie zarządzenia, mające na celu ochronę zdrowia młodzieży, nabierają wagi i znaczenia, co znacznie ułatwia ich wykonanie. Współpraca z Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu umożliwia znów należytą i wszechstronną opiekę lekarską, przy stosunkowo niskich opłatach na Kasę chorych, wnoszonych przez młodzież.

Ważną rolę propagandową spełnia rozsprzedaż znaczków na „Dom Zdrowia“ w Mikuliczynie. Ponadto ma to znaczenie praktyczne, gdyż pozwala na uzyskanie 12—15 tysięcy Zł rocznie na administrację własnego Domu Zdrowia. Studenci nalepiają te znaczki na polecenia do lekarzy, następnie na wszelkie podania i prośby wnoszone nietylko do władz „Opieki Zdrowotnej“, ale także do Rektoratu i Dziekanatów.

M a z o c h z Wiednia przedstawia organizację pomocy lekarskiej na Politechnice wiedeńskiej, gdzie studenci od r. 1930 mają prawo do wizyt lekarskich we własnej poradni, lub w ordynacji prywatnej niektórych lekarzy, którzy wyrazili gotowość bezpłatnego badania niezamożnych studentów. Dopłaty do recept i leczenie zakładowe bywa udzielane jedynie w wyjątkowych i nielicznych przypadkach. Fundusze uzyskuje się ze sum przeznaczonych na ten cel przez Rektorat Politechniki i z darów. Na innych uczelniach austrjackich akcja zdrowotna jest dopiero w stadjum organizacji.

Prof. T o d o r o w i t s c h z Belgradu podaje do wiadomości, że w Uniwersytecie belgradzkim akcją zdrowotną wśród młodzieży kierują władze uczelni. Z etatu Uniwersytetu opłaca się 4 lekarzy, którzy udzielają studentom bezpłatnych porad we wszystkich działach medycyny. Niezamożni studenci mogą uzyskać zwrot kosztów recept i jednomiesięcznego w każdem półroczu pobytu w zakładzie leczniczym. Obowiązkowe opłaty studenckie składane na ten cel wynoszą 30 dynarów (3 zł 30 gr), z czego część jest przeznaczona na budowę sanatorjum akademickiego. W najbliższym czasie zamierza Senat rozszerzyć zakres działania kasy chorych. W tym też celu będzie konieczne podwyższenie opłat studenckich do 60 dynarów (6 zł 60 gr) w jednem półroczu, poza osobną składką na sanatorjum, którego plany są już w opracowaniu, a realizacja podobno niedaleka.

Podkreślić należy żywy kontakt, jaki utrzymywał w czasie trwania Zjazdu Prof. Todorowitsch z delegatem lwowskiej „Opieki Zdrow.“ informując się szczegółowo o lwowskiej organizacji i zapowiadając swój przyjazd do Lwowa, by naocznie zorjentować się w akcji, która wydaje mu się godną naśladowania.

H o u a n g - K i e n (Chiny) przedstawia stosunki na Uniwersytetach chińskich, gdzie przed przyjęciem obowiązuje wszystkich studentów przedłożenie świadectwa lekarskiego, stwierdzającego zdolność fizyczną do studjów i brak chorób zakaźnych. Świadectwa tego rodzaju wydawać mogą również lekarze prywatni, na odpowiednich formularzach. W Uniwersytetach istnieją lekarze urzędowi i pielęgniarze, których zadaniem jest opieka nad chorym studentem.

M o y (Paryż) informuje o akcji zdrowotnej wśród młodzieży francuskiej. Ważnem zdarzeniem w tej dziedzinie jest oddanie w bieżącym roku do użytku sanatorjum akademickiego na 180 łóżek w Saint Hilaire du Touvet w pobliżu Grenoble. Bliskość miasta uniwersyteckiego pozwoli na utrzymanie kontaktu naukowego. Ostatnio w r. 1932 stworzono w Nancy uniwersytecki ośrodek medycyny zapobiegawczej, przeznaczony dla studentów. Pierwszą szkołą, która zajęła się opieką zdrowia młodzieży był uniwersytet w Strassburgu. Począwszy od r. 1929, jak wynika ze sprawozdania Straussa przedstawionego przez Moy'a, przeprowadza się bardzo dokładne badania lekarskie studentów I-go roku studjów. Badania te wykonuje szereg specjalistów w zakładach i klinikach uniwersyteckich. Wskazane byłoby również powtórzenie tych badań w odstępach rocznych u wszystkich studentów, jednak stosunki materjalne narazie na to nie pozwalają.

Ministerstwo Wychowania Narodowego we Francji śledzi z wielką uwagą akcję Uniwersytetu w Strassburgu i Nancy — pozatem pragnie uwzględnić doświadczenia poczynione w innych państwach na tym terenie — by ustalić pewne ogólne zasady i wprowadzić je następnie we wszystkich uczelniach francuskich.

Doc. M a l m r o s z Lund omawia *Zadania i wyniki serjowych prześwietlań rentgenowskich.* Dotychczasowe wyniki obowiązkowych badań wstępujących na uczelnie, połączonych z badaniem rentgenowskiem klatki piersiowej świadczą o ich rzeczywistej wartości: jedynie one pozwalają na wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc, wczesne rozpoczęcie leczenia i wyłączenie od studjów niebezpiecznych dla otoczenia. Z tych względów posiadają one dla walki z gruźlica, choroby, która największe sieje spustoszenie wśród młodzieży, olbrzymie znaczenie na terenie akademickim. Mówca zaleca wprowadzenie tych badań najpierw jako dobrowolnych, a potem dopiero, z chwilą zapoznania się młodzieży z niemi, jako obowiązkowych. Wskazane byłoby wykonywanie jaknajwiększej ilości zdjęć, bo według doświadczenia referenta, 20% przypadków pozytywnych można jedynie stwierdzić przy pomocy zdjęcia rentgenowskiego, a prześwietlenie w tych przy-

padkach daje wynik ujemny. Wielką wartość diagnostyczną przy badaniach serjowych posiada odczyn opadania ciałek czerwonych krwi. Bardzo pożądane byłyby kontrolne badania studentów powtarzane rokrocznie.

Doc. Kayser-Petersen z Jeny wskazuje na praktyczne znaczenie, jakie miałyby badania uczniów opuszczających szkoły średnie.

Riemer z Hanoweru donosi, że w tamtejszych wyższych uczelniach istnieje przymus poddania się badaniu w studenckiej przychodni dla wszystkich, którzy chcą otrzymać jakiekolwiek świadczenia z kasy chorych. W ten sposób zostaje uchwyconych około 90% ogółu studentów.

Hornung ze Lwowa przedstawia wyniki obowiązkowych badań studentów, przeprowadzanych systematycznie na lwowskich uczelniach od r. 1930 i zaznacza, że w Krakowie przeprowadzono również podobne badania po raz pierwszy w r. 1932. Sprawa obowiązkowości została przeprowadzona w zupełności, gdyż na mocy uchwały Senatu przedstawienie dowodu badania przez specjalną komisję, jest konieczne przy przyjęciu na Wydział. Równie stanowczo załatwiono sprawę wykluczenia od studjów chorych niebezpiecznych dla otoczenia. Badania powyższe wykazały, że w starszych grupach wiekowych począwszy od 18 do 25 roku życia występuje wybitne zwiększenie ilości przypadków gruźlicy. Na podstawie obliczeń można przewidzieć, że w grupie 18-letnich w przeciągu 5 lat studjów — 4 do 5% zachoruje świeżo na gruźlicę. Ponadto przy tych badaniach lekarze uwzględniając oczywiście wszelkie narządy zwracaja kandydatom uwagę na działy studjów, do których dzięki swym warunkom fizycznym każdy zosobna najlepiej się nadaje.

Następni mówcy jak Prof. Alexander (Agra), Prof. Michaud (Lozanna) Kattentidt (Monachjum), i inni podnosili niezmierną wagę tych badań. Poruszono również sprawę wprowadzenia książeczki zdrowia dla studentów, co jednak nie spotkało się z przychylnem stanowiskiem większości. Wypowiedziano opinje, że notowanie wyników wszelkich badań lekarskich jest konieczne, ale mogą one być dostępne jedynie dla lekarzy.

Brandt z Genewy mówił wyczerpująco o *znaczeniu sportu dla pracownika umysłowego i o kontroli lekarskiej nad sportem.* Sport jest koniecznem uzupełnieniem zajęć każdego inteligentnego człowieka. Wiedza lekarska zna wiele ścisłych dowodów na dodatni wpływ ćwiczeń fizycznych na organizm człowieka, a w szczególności człowieka pracującego umysłowo. Rola lekarza w sporcie jest bardzo ważna, gdyż musi on wyłączyć chorych, którymby ćwiczenia mogły zaszkodzić, a następnie wskazać zdrowym te działy ćwiczeń i sportów, które każdemu zosobna najlepiej odpowiadają. Wśród młodzieży uniwersyteckiej nie powinno się dążyć do rekordomanji. Ćwiczenia sportowe powinny być udostępnione dla wszystkich. Rola Uniwersytetu powinna polegać na wychowaniu pedagogów sportowych i tworzeniu ośrodków sportowo-lekarskich.

Bevilaqua z Rzymu przedstawił: *Zasady organizacji sportu na wyższych uczelniach,* opierając się na wzorach włoskich. Ćwiczenia cielesne są na uniwersytetach włoskich obowiązkowe. Dążeniem organizacji faszystowskiej jest, by wszyscy młodzi ćwiczyli. W zależności od stanu zdrowotnego i szczególnych uzdolnień zaleca im się, oczywiście pod kontrolą lekarską, odpowiednie rodzaje ćwiczeń. Corocznie odbywają się ogólnowłoskie zawody akademickie, które mają wielkie znaczenie propagandowe. Rola lekarzy sportowych jest w całej organizacji sportu bardzo odpowiedzialna.

Kattentidt i Kayser-Petersen zajmują się sprawą dopuszczenia do sportów studentów z wygojoną gruźlicą i wypowiadają się za pozwoleniem uprawiania wszelkich sportów, jednak z wykluczeniem brania udziału w jakichkolwiek zawodach. W Monachjum otrzymuje każdy student przy obowiązkowem badaniu w ciągu I-go roku studjów kartkę z zaleceniem uprawiania ćwiczeń fizycznych i udania się do lekarza sportowego uczelni po odpowiednie wskazówki.

Moy (Paryż) jest zdania, że katedry wychowania fizycznego powinny stanowić ośrodki sportu studenckiego a tem samem powinny odciągać młodzież od klubów, które z wielu względów nie są dla niej odpowiednim terenem uprawiania kultury fizycznej. Dok. nast.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Trachomatologji. Nr. 1. 1933. J. Lauber: Jaglica a zdolność do pracy. — M. Seidler-Dowbuszowa: Przyczynek do statystyki jaglicy.

Przegląd Dermatologiczny. Nr. 2. 1933. M. Grzybowski: Histogeneza zmian skórnych w chorobie Kaposi'ego. — Cz. Ryll-Nardzewski: O trądziku zgorzelinowym. — L. Konkolewski i J. Śniegowski: Posocznica ze zejściem śmiertelnem na tle ostrej rzeżączki. — K. Kauczyński: Wpływ surowicy zapalnej z ogniska tocznia pospolitego na przebieg odczynu tuberkulinowego. — G. Nowicki: O roli gronkowca hemolitycznego w schorzeniach dróg moczo-płciowych.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. Nr. 3—4. 1933. J. Walawski i H. Rasolt: Badania nad kształtowaniem się fali T elektrokardjogramu pod wpływem tonicznego pobudzenia układu obokwspółczulnego. — S. Sierakowski i B. Zabłocki: Z badań nad odczynami serologicznemi w kile. — J. Supniewski i J. Hano: Wpływ kwasów żółciowych na przemianę materji węglowodanów i ciał tłuszczowych. — J. Held: O wydalaniu czerwieni obojętnej przez błonę śluzową żołądka i wartości klinicznej tej metody badania. — S. Dłużewski: Odczyny serologiczne kiłowe a stężenie jonów wodorowych. — H. Brockman i F. Przesmycki: Oddziaływanie skóry ludzkiej na laseczniki błonicze. — T. Matuszewski i J. Supińska: Analiza układu kolonij drobnoustrojów na płytkach Petri'ego z punktu widzenia prawa Poissona (prawa małych liczb).

Therapia Nova. Nr. 5. 1933. N. Szyk: Układ autonomiczny i jego kliniczne znaczenie. — L. Fluderski: Zapobieganie i leczenie błonicy.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 6. 1933. E. Czekotowski: Badania doświadczalne nad zachowaniem się pola operacyjnego przy zastosowaniu środków chemicznych usuwających włosy. — R. Jarosch: Uwagi o wartości leczniczej antywirusu przeciwropnego. — J. Kulczycki: Przypadek akropachji u konia w towarzystwie z włókniakiem zakażonym. — L. Jarosz: Jeszcze o przyczynach kolki u koni wojskowych. — B. Natorski: Dwa przypadki potworności u cieląt.

Wychowanie Fizyczne. Nr. 6—8. 1933. K. Muszałówna: Miernik wychowania fizycznego młodzieży szkolnej. — M. Orłowicz: Domy wycieczkowe dla młodzieży w Polsce i zagranicą. — W. Prażmowska-Ivanka: Parę uwag o typach obozów. — R. Roszko: Pływanie w obozie. — R. Roszko: Uwagi o sporcie kajakowym w obozie.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 7. 1933. R. Szymanko: Ubezpieczenia społeczne w Sowietach. — J. Zawadzki: Uwagi w sprawie organizacji ubezpieczenia przewidzianej w ustawie o ubezpieczeniu społecznem. — H. Kłuszyński: Zarys społecznej medycyny.

Zdrowie. Nr. 11—12. 1933. W. Gądzikiewicz: Zanieczyszczenie rzeki Białki ściekami miast: Bielska i Białej. — T. Mogilnicki: Rola kształcąca szpitala. — B. Nowakowski i M. Boguszewska: Zanieczyszczenie powietrza m. Warszawy. — T. Janiszewski: Odpowiedź na pracę Dr. S. Stypułkowskiego p. t.: Kilka uwag o kosztach utrzymania i wydajności pracy w Ośrodkach Zdrowia (Odpowiedź na artykuł p. t.: Rzeczywista oszczędność w pracy społeczno-lekarskiej, Prof. Dr. T. Janiszewskiego). — Dr. St. Stypułkowski: Odpowiedź Prof. Dr. Tomaszowi Janiszewskiemu.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 27. 1933. B. Skarżyński: Biochemiczne podstawy organoterapji.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 155. 1933. Ber A.: Badanie mleka rynkowego warszawskiego na obecność pałeczek Banga i prątków gruźliczych.

OCENY.

Antonii Schneebergeri De bona militum valetudine conservanda liber. ZEMBRZUSKI L. Varsovie, 1933, po francusku, str. 19.

Autor oraz redakcja Lekarza Wojskowego, żeby uczcić VII. Kongres Międzynarodowy Medycyny i Farmacji Wojskowej w Madrycie, podaja po francusku streszczenie powyższego dzieła Schneebergera (1530—1581), Szwajcara, który 30 lat mieszkał w Krakowie i wydał tamże kilka cennych pism, w tej liczbie w r. 1564 wymienione wyżej dzieło o zachowaniu żołnierzy w dobrem zdrowiu. Rzecz ta jest o 200 lat wcześniejsza, niż inne podobne dzieła francuskie i angielskie.

Schneeberger umarł w Krakowie i został pochowany, jak się zdaje, w kościele Marjackim, gdzie miał pomnik wymieniony w r. 1655 w Starowolskiego *„Monumenta Sarmatarum".* Za Starowolskim inni autorowie, a także dr. Zembrzuski podają, że

pomnik Schneebergera znajduje się w kościele Marjackim. Tak jednak nie jest. Już Cercha i Kopera w swoich „Pomnikach Krakowa“ zaznaczali, że ten pomnik znajdował się niegdyś w kościele Marjackim. *Wł. Szumowski* (Kraków).

Lekarze w księgach miejskich lubelskich XVI—XVIII. w. RIABININ JAN, kustosz Archiwum Państwowego w Lublinie. Wydane z ramienia Magistratu m. Lublina, jako dodatek naukowy do „Dziennika Zarządu m. Lublina“. 1933, str. 36.

Należy się uznanie Magistratowi m. Lublina za wydanie pracy, mającej znaczenie dla historji medycyny. Autor z ksiąg miejskich lubelskich wydobył wiadomości o kilkudziesięciu lekarzach Lublina i ułożył je w formie słowniczka. Podając nowe szczegóły o każdym lekarzu, powtarza słusznie także szczegóły dawniej znane, cytując Giedroycia, Koźmińskiego, Gąsiorowskiego i in. Moich prac „Krakowska Szkoła Lekarska po reformach Kołłątaja“, 1929, gdzie są szczegóły o studjach Dołgwinowicza i Kulpińskiego, oraz „Galicja pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka“ 1907, gdzie jest mowa także o Janie Noelu, autor, zdaje się nie zna.

Wł. Szumowski (Kraków).

Traité de dermatologie clinique et thérapeutique: publié sous la direction de J. BELOT, P. CHEVALIER, J. GATÉ, P. JOULIA, M. PICARD, E. RAMEL, E. SCHULMANN, A. TOURAINE, R. WEISSENBACH. Secretaire général: E. SCHULMANN. G. Doin et Cie. Paris. 1933. Tome I/II.

Nakładem księgarni G. Doin et Cie. w Paryżu ukazały się dwa pierwsze tomy, nowego podręcznika chorób skórnych. Dzieło to wydane pod kierunkiem znanego z licznych prac naukowych, dermatologa Schulmanna, napisane jest przez grono wybitnych dermatologów zaliczających się do najmłodszej szkoły francuskiej i śmiało może być uważane za nowoczesne uzupełnienie dawnego 4-tomowego podręcznika chorób skórnych, wydanego przed 30 laty. Zasady nauki Brocq'a i dawnych mistrzów francuskich uzupełniono, zmieniając je odpowiednio do nowoczesnych zapatrywań naszych na powstawanie cierpień skórnych.

Materjał opracowany w powyższym podręczniku jest nadzwyczaj obfity, a wszelkie zagadnienia, sposoby badań i metody lecznicze przedstawione są w sposób jasny i wyczerpujący.

W pierwszym tomie zajmują się autorowie ogólnemi zagadnieniami patologji skóry, sprawą dziedziczenia chorób skórnych, omawiają znaczenie nabytych skłonności dla powstawania tychże chorób, a także i znaczenie wydzielania dokrewnego. Rozdział o uczuleniach i zjawiskach anafilaktycznych i alergicznych, uwzględnia szeroko dzisiejsze zapatrywania na sprawę powstawania tych ciekawych zjawisk ustroju. W następnym rozdziale omówiono geografie chorób skórnych, a w części drugiej badania kliniczne przedstawione w nadzwyczaj szczegółowy i dokładny sposób, przyczem barwne opisy objaśnione są doskonałemi i licznemi ilustracjami. Omawiając biopsję skóry podnoszą autorowie jej wybitne znaczenie dla dermatologji, a opisy ilustrują licznemi rysunkami preparatów histologicznych. W następnych rozdziałach omawiają autorowie normalną histologię skóry i zmiany anatomopatologiczne. W części trzeciej zapoznajemy się ze sposobami badań skórnych, przedewszystkiem fizykalnych. W rozdziale tym opisano oprócz dawnych sposobów badań lupą, badania kapilaroskopowe, ekranem Wooda, a także uwzględniono badania kolorymetryczne, opisując między innemi i reprodukując kolorymetr Leszczyńskiego, opisano dalej szczegołowo metodę Brocqua, *„grattage methodique“*, jak również badania dioskopowe i inne.

Autorowie omawiają dokładnie znaczenie nowoczesnych badań chemicznych, stężenia jonów wodorowych, badań cytobakterjologicznych, badania czynności gruczołów dokrewnych i przemiany podstawowej, a także badania czynnościowego skóry i odczynów naskórnych i wśródskórnych na różne antygeny.

W części czwartej pierwszego tomu rozpoczynają szczegółową patologię chorób skórnych, opisem objawów chorobowych i sposobem rozpoznawania i leczenia chorób pasorzytniczych skóry. Opisy zmian chorobowych skórnych, wywołanych chorobotwórczem działaniem pasorzytów zwierzęcych i roślinnych, przedstawione są w sposób żywy i barwny, przyczem nie pominięto zmian wywołanych przez pasorzyty krajów egzotycznych.

W tomie drugim zapoznaje nas osobny rozdział z pokrzywkami, uwzględniający szczegółowo zdobycze szkoły francuskiej na tem polu. Mechanizm powstawania tych objawów chorobowych, jak również sposoby leczenia, zwłaszcza sposoby odczulania, są wyczerpująco przedstawione. Następują rozdziały o zmianach chorobowych skóry, powstających na tle zaburzeń w czynnościach gruczołów dokrewnych, a także w zakresie naczyń krwionośnych, przyczem nowoczesne zdobycze hematologiczne są szeroko uwzględnione. Dalsze strony podręcznika wypełniają rozdziały o zaburzeniach w metaboliźmie, o hematodermjach, o ziarniniaku grzybiastym, o liszaju czerwonym i zliszajowaceniu i o zanikowych i przerostowych zmianach skóry i naskórka. Dopełniają treści zaburzenia i zmiany chorobowe w gruczołach łojowych i potnych, oraz choroby włosów i paznokci. Bardzo ciekawie i interesująco przedstawia się rozdział o zawodowych chorobach skórnych, uwzględniający różne typy tychże schorzeń i stygmaty zawodowe robotników, ilustrowane doskonale licznemi rycinami. Następują rozdziały o ogólnej i osobniczej profilaktyce i metodach leczenia chorób skórnych. Kończy tom drugi rozdział zupełnie nowy, dotychczas w podręcznikach niespotykany, barwny i ciekawy, rozdział o dermatologji sądowej. Badanie lic sądowych, choroby zawodowe i ich rozpoznawanie, uszkodzenia i niebezpieczeństwa wynikające ze stosowania kosmetyków i środków leczniczych, identyfikowanie osób na podstawie zmian skórnych, jak znamion, tatuaży i zastosowanie do tych celów daktyloskopji i poroskopji, składają się na barwną i doniosłą całość rozdziału o dermatologji sądowej.

Układ podręcznika i systematyka chorób skórnych oparte może na zbyt prostych podstawach anatomicznych, przypominają zazwyczaj spotykane układy w podręcznikach francuskich.

Te dwa pierwsze duże tomy, zawierające przeszło 1000 stron druku i olbrzymią ilość ilustracyj, doskonale odtwarzających szczegóły zmian chorobowych skórnych, niezwykle piękna szata wydawnicza, doskonale napisana treść, składają się na całość, która nietylko chlubnie świadczy o dermatologji francuskiej, ale stanowi podręcznik niezwykle cenny nietylko dla dermatologa, ale i dla lekarza praktyka, pragnącego się zapoznać z zasadami nauki o chorobach skórnych. *F. Walter* (Kraków).

La phrénicectomie. Wycięcie nerwu przeponowego. L. BÉRARD, F. DUMAREST, DESJACQUES. Masson. Paris, 1933. Str. 112. Cena fr. fr. 30.

Wycięcie nerwu przeponowego wprowadzone do leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc przez Stuertza, Sauerbrucha, Oehleckera i Badenheuera zyskało sobie w krótkim okresie czasu pełne prawo obywatelstwa. Obszerna literatura, głównie z ostatniego dziesięciolecia świadczy wymownie o aktualności tego zabiegu.

W książce pod powyższym tytułem zbierają autorowie swoje spostrzeżenia nad znaczeniem i wartością przecięcia względnie wycięcia nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płuc, opierając się na obserwowanym przez siebie materjale złożonym z siedmiuset przypadków klinicznych. W rozdziale pierwszym zajmują się anatomją nerwu przeponowego, sprawą unerwienia ruchowego i czuciowego przepony, uzasadnieniem fizjologicznem dla wycięcia nerwu przeponowego, oraz rolą przepony w czynności oddechowej, przy kaszlu i przy wymiotach. Samo przecięcie nerwu przeponowego, stosowane dawniej, okazało się niewystarczające, gdyż w dużym procencie przypadków nie doprowadzało do pożądanego efektu t. j. do porażenia przepony. Dlatego też zaczęto stosować metody radykalniejsze, których technikę autorowie przedstawiają bardzo szczegółowo (metoda Goetzego: *phrénisectomie radicale*, Felixa *phrenicoexairesis* oraz sposób stosowany stale przez autorów, a uplastyczniony licznemi ilustracjami). Ekshaireza nerwu sposobem Felixa, jest zabiegiem najwłaściwszym, gdyż w najprostszy sposób pozwala na zniszczenie wszystkich połączeń nerwowych i gałązek bocznych. Pewne zastrzeżenia można mieć jedynie w przypadkach: ropnia opłucnej *(empyema)*, zmian gruźliczych umiejscowionych w pobliżu opłucnej śródpiersiowej, przy schorzeniach serca, w razie trudności przy wyciąganiu nerwu, co wskazuje na zrosty wzdłuż jego przebiegu, lub w razie silnych odruchów sercowo-oddechowych w przebiegu operacji. W tych wszystkich okolicznościach operacja Goetzego (przecięcie połączenia z *gangl. cervic. inf.*, z T. 1. i połączenia z *n. subclav.)* daje większą pewność zupełnego bezpieczeństwa. Jeżeli chodzi o czasowe porażenie przepony, to mamy do dyspozycji również szereg metod: alkoholizacja nerwu, jego zamrażanie i t. d. Mimo że *phrenicoexairesis* jest operacją niewielką z punktu widzenia techniki i niebezpieczeństwa dla chorego, zdarzają się jednak nieprzyjemne powikłania, których znajomość pozwoli niejednokrotnie na ich uniknięcie. W swoich siedmiuset przypadkach zanotowali autorowie jeden tylko przypadek śmiertelny.

Istnieją pewne stany w przebiegu gruźlicy płuc, w których omawiana operacja odnosi skutek raczej niekorzystny. Szczegółowe omówienie wskazań stanowi w książce najważniejszy praktycznie rozdział. Szereg zdjęć rentgenowskich ilustruje efekty wykonanych frenisektomij.

Ze względu na szerokie obecnie zastosowanie zabiegów chirurgicznych w leczeniu gruźlicy płuc, książka powyższa zajmie nietylko chirurga ale i ftizjologa. *E. Michałowski* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Zmiany koloidu w tarczycy królic pod wpływem stosunku i ciąży. I. N. KRJLOW i A. J. STERNBERG. Endokrinologie T. 10, z. 1—2.

Stosunek wywołuje u królicy gwałtowne i prawie zupełne zniknięcie koloidu z pęcherzyków tarczycy i z tem związane znaczne rozpuszczenie się nabłonka pęcherzykowego.

Powrót do pierwotnej ilości koloidu ma miejsce w środku ciąży. Podczas porodu daje się stwierdzić w pewnych przypadkach utrata koloidu, lecz nie tak znaczna jak przy pokrywaniu. Pierwsze zmiany koloidowe w tarczycy królicy są zależne zasadniczo od pokrywania, a nie od ciąży.

St. Liebhart (Lwów).

Dalsze badania nad zagadnieniem cyklu błony śluzowej pochwy u kobiety. A. RAMON VINOS. (Zaragoza). Arch. f. Gyn. T. 148, z. 2.

Artykuł polemiczny w sprawie zakwestjonowania przez H. Stievego wyników badań K. Dierka, który stwierdził okresowość przemian w utkaniu błony śluzowej pochwy kobiecej. Autor cytuje badania S. H. Geista z Nowego Jorku, który również potwierdził słuszność wniosków K. Dierka i opisał odmienne zachowanie się kobiecej pochwy w każdym z czterech tygodni cyklu miesiączkowego.

Za istnieniem cyklu miesiączkowego w pochwie kobiecej przemawiają również badania Bertrama, S. Smitha a najbardziej przekonywującemi są ostatnie badania K. Dierka, który wywołał okresowość przemian bł. śl. pochwy na drodze doświadczalnej; autor ten stwierdził u kobiety 19 letniej po usunięciu obu jajników drobnowidowe utkanie bł. śl. pochwy, odpowiadające okresowi pomenstruacyjnemu, a następnie po zastosowaniu 2.320 j. m. folikuliny w zastrzykach wykazał początkowe zróżnicowywanie się błony śluzowej na 2 warstwy, po podaniu zaś łącznie 9.410 j. m. folikuliny błona śluzowa wykazywała wyraźne zmiany przedmenstruacyjne. Tę rozbieżność wyników odnosi autor nietyle do niejednolitości rozmaitych metod barwienia, ile do wrażliwości błony śluzowej pochwy na urazy mechaniczne i chemiczne, wreszcie do pobierania wycinków z rozmaitych okolic pochwy. Dlatego w badaniach swoich autor przestrzegał odpowiedniego doboru kobiet, z zupełnie zdrowemi narządami rodnemi, z wykluczeniem wszelkich urazów chemicznych i fizycznych (spółkowanie); do badań pobierał wycinki z tych samych okolic pochwy (tylna ściana w połowie długości pochwy).

Badania autora streszczają się w stwierdzeniu, że śluzówka pochwy kobiecej — obok właściwych każdemu powierzchownemu nabłonkowi procesów złuszczania i odradzania się — przechodzi cyklicznie miesięczne przemiany analogiczne do błony śluzowej macicy i również w zależności od cyklu jajnikowego. Postaciowo i czynnościowo należy w niej odróżnić 2 warstwy: 1) podstawowa — stosunkowo małym ulegająca przemianom i 2) czynnościowa ulegająca okresowo rozpadaniu się (złuszczeniu) i odradzaniu się. Trzecia warstwa t. zw. śródnabłonkowa nie jest stałą, nie ma też żadnej ważniejszej roli, jak tylko rozgraniczenie warstwy podstawowej od czynnościowej.

T. Wiczyński (Lwów).

Istnienie cyklu menstruacyjnego w wargach mniejszych kobiety. MARTHE TRANCU RAINER. Compt. Rend. Soc. Biol. 1933. T. 112, z. 1. str. 75.

Autorka podkreśla na wstępie trudności obserwacyj histologicznych tego zagadnienia, co też jest powodem przyjętego zapatrywania, że seksualne zmiany cykliczne nie odzwierciedlają się w wargach mniejszych. Dlatego też nie bez wartości będzie obserwacja jednego przypadku 25-letniej kobiety, u której autorka była w możności pobrać w różnych odstępach czasu skrawki histologiczne z wargi mniejszej. W pracy swej opisuje autorka zmiany komórkowe błony śluzowej i podścieliska łączno-tkankowego odpowiadające cyklowym zmianom menstruacyjnym macicy.

W. Hołobut (Lwów).

Znaczenie przegrody miedzy krwią, a płynem mózgowordzeniowym. H. HOFF. Med. Klin. Nr. 4. 1933.

Płyn mózgowordzeniowy jest wydzielany przez naczynia krwionośne splotu pajęczynówkowego oraz naczynia opon, jak również ze szczelin limfatycznych mózgu; natomiast wchłaniany jest przez kosmki pajęczynówki, przez żyły oponowe i przez otoczki nerwów. Czynność ta polega nietylko na zasadach fizykochemicznych, lecz również musimy przyjąć swoistą własność wymienionych narządów. Związki, które z zewnątrz wprowadzamy do płynu mózgowo-rdzeniowego, zostają natychmiast wydzielone do krwi tak, że zwykle do tkanki mózgowej się nie dostają. Jako dalsza ochrona mózgu jest tkanka glijowa, a zwłaszcza t. zw. mikroglija. Substancje odżywcze pobiera komórka mózgowa wprost ze krwi, a nie przez płyn mózgowordzeniowy, a o doborze odżywienia stanowi otoczka samej komórki nerwowej. Tkanka glijowa przeto jest zaporą między krwią a mózgiem, którą ciała wprowadzane do krwi, a przeznaczone dla tkanki mózgowej muszą przełamać. W miejscach owej przegrody t. z. płynu mózgowordzeniowego i tkanki glijowej zwykle toczy się walka z zakażeniem, usiłującem wtargnąć temi drogami do tkanki mózgowej.

Godłowski (Kraków).

Przyczynek do morfologji wątroby człowieka. J. LEDÉNYI. Bratislavské Lekárske Listy. Z. 12. 1932.

Granica pomiędzy prawym a lewym płatem wątroby, którą oznacza się według dzielenia obszaru zaopatrywanego przez lewe i prawe gałązki (ż. bramnej, przewodu wątrobowego, żył wątrobowych), nie jest słuszną.

Płat ogoniasty nie jest przynależny naczyniowo-anatomicznie wyłącznie do płatu prawego (wzgl. ramienia prawego żyły wątrobowej), ponieważ również otrzymuje gałązki ramienia lewego żyły bramnej. Oprócz tych posiada płat ten również gałązki (na 30 przypadków w 25) z pnia żyły wątrobowej. Te samodzielne gałązki nadają płatowi ogoniastemu pewną samodzielność morfologiczną. Podział na ramię prawe i lewe nie odnosi się do tętnicy wątrobowej, ponieważ gałązki z wnęki, jakoteż wewnątrz wątroby przebiegające gałązki tworzą między sobą połączenia.

Ungar (Lwów).

Patologja.

Zakrzepy i zatory. HANS J. SCHULTE (Jena). Ztschr f. klin. Med. B. 121. 1932.

Na podstawie materjału z instytutu patolog. w Jenie z lat 1909—1930 ilość zakrzepów i zatorów wynosi około 16%. Od 1925—1930 wzrosła ilość, tak przypadków chirurgicznych jak leczonych wewnętrznie. Dyspozycja do zakrzepów jest jednakowa od 40 roku do późnej starości, przypadki śmiertelne zatorów obserwowano przeważnie w 40—70 r. ż. Płeć nie ma znaczenia, jednak więcej kobiet umiera z powodu zatorów. Miejscem powstawania zakrzepów w 70% są żyły kończyn dolnych. 10% stanowią zakrzepy zakażone. Zakrzepowe zapalenie żył nie ma żadnego znaczenia dla powstawania śmiertelnych zatorów. Autor nie przychyla się na podstawie swego materjału do zdania Kuhna i Schlessinga, że zwiększona ilość zakrzepów stoi w związku ze stosowaniem obecnie injekcyj dożylnych.

H. Długosz (Lwów).

Badania doświadczalne nad wpływaniem soków tkankowych do naczyń krwionośnych u człowieka w warunkach fizjologicznych pod wpływem czynników fizykalnych na naczynia. H. ELIAS i J. GOLDSTEIN (Wiedeń). Ztschr. f. klin. Med. B. 121. 1932.

Według zastosowanej met. Donath'a i Tanne'a i następowego badania obecności barwika we krwi u ludzi zdrowych (bez obrzęków) w przeważnej ilości przypadków wstrzyknięty płyn, wpływając z sokiem tkankowym znajduje się we krwi po 3 min., w niektórych przypadkach po 2 min., stosunkowo rzadko po 5 min. Podniesienie, ogrzanie lub kąpiel kwasowęglowa ręki, w którą wstrzyknięto płyn bad., powoduje opóźnienie i skąpsze wpływanie soku tkankowego do krwiobiegu, obniżenie ręki lub oziębienie działa przeciwnie. Autorowie nie podają wyjaśnienia tego zjawiska.

H. Długosz (Lwów).

Znaczenie kliniczne roztrzepanych wychyleń przedsionkowych w elektrokardiogramie. G. SPEHR (Lipsk). Ztschr. f. klin. Med. Bd. 123. Str. 85—103.

Na 4.000 badanych, w połowie sercowo chorych, w połowie zdrowych stwierdzono roztrzepanie wychylenia przedsionkowego (P) 180 razy. Świadczy ono o organicznych lub funkcjonalnych zaburzeniach w drogach przedsionków, a nie jest tylko odmianą ekg. normalnego. W schorzeniach na tle degeneracyjnem (szczeg. miażdż.) utrzymuje się stale, w ostrych zmianach zapalnych ustępuje, w schorzeniach reumatycznych daje prognozę niekorzystną, nietylko nie ustępuje, lecz często powiększa się równocześnie z obj. niewyrównania, często poprzedza wystąpienie niemiarowości zupełnej. Nadzwyczaj często występuje roztrzepane P u osób stygmatyzowanych wegetatywnie, u których występują zaburzenia w systemie nerw. serca, działające wprost na system przewodzący lub na ukrwienie mięśnia, gdyż równocześnie spostrzega się bradykardję i przedłużony czas przewodnictwa w normalnym zresztą ekg.

H. Długosz (Lwów).

Wpływ na szybkość obiegu krwi: M. LEFFKOWITZ. Med. Klin. Nr. 2, 1933.

Tak, jak przy sposobie oznaczania szybkości krwiobiegu posługujemy się czasem zjawieniem się uczucia ciepła po wstrzyknięciu hipertonicznych roztworów soli dożylnie, tak autor poleca obserwowanie w mikroskopie zmiany szybkości ruchu krwinek czerwonych w kapilarach rąbka naskórka na paznogciu pod wpływem dożylnie wprowadzonego kardjazolu. Zmiana szybkości będzie występowała tem prędzej, im środek wstrzyknięty będzie działał energiczniej na narząd krążenia. Zjawisko to daje się łatwiej stwierdzić przy zwolnionem krążeniu, spotykanem przy schorzeniach organicznych serca. *Godłowski* (Kraków).

Klucz podany przez Komitet Kardjologiczny N. Jorku dla wyjaśnienia elektrokardjogramów. HOFMANN. El Dia Medico. Nr. 30, 1933.

Rytmy zatokowe: 1) rytm zatokowy prawidłowy; 2) tachykardja zatokowa; 3) bradykardja zatokowa; 4) arytmja zatokowa; 5) przedwczesne skurcze zatokowe; 6) zahamowanie zatokowe.

Rytmy przedsionkowe: 7) przedwczesne skurcze przedsionkowe; 8) tachykardja przedsionkowa; 9) *flutter auricular;* 10) migotanie przedsionków; 11) wypadnięcie rytmu.

Rytm przedsionkowo-komorowy (węzłowy): 12) przedwczesny skurcz przedsionkowo-komorowy (węzłowy); 13) rytm przedsionkowo-komorowy (węzłowy).

Rytmy komorowe: 14) przedwczesne skurcze komorowe; 15) tachykardja komorowa; 16) migotanie komór; 17) rytm idiokomorowy.

Rytmy nieznanego pochodzenia: 18) przedwczesne skurcze; 19) tachykardja.

Przewodnictwo: 20) odcinek P—R mniejszy od 0,20"; 21) odcinek P—R 0,20" i większy; 22) blok A—V częściowy; 23) blok A—V zupełny; 24) blok jednej gałązki pęczka; 25) odcinek QRS mniejszy od 0,08"; 26) odcinek QRS od 0,081"—1,10"; 27) odcinek QRS od 0,101" i większy.

Przesunięcie osi elektrycznej: 28) brak przesunięcia osi elektrycznej; 29) przesunięcie osi na prawo; 30) przesunięcie osi na lewo.

Fala P: 31) prawidłowy woltaż fali P (od 0.5 mm do 2.5 mm); 32) fala P wysoka (amplituda większa od 2.5 mm w odprowadzeniu, w którem jest największa); 33) fala P niska (amplituda mniejsza od 0.5 mm w odprowadzeniu, w którem jest największa); 34) fala P rozszczepiona; 35) fala P odwrócona.

Fala QRS: 36) woltaż prawidłowy; 37) woltaż niski; 38) woltaż wysoki; 39) fala Q głęboka; 40) QRS rozszczepione lub zazębione.

Fala T: 41) fala T dodatnia we wszystkich odprowadzeniach; 42) fala T o wysokim woltażu (5 mm lub więcej, w odprowadzeniu, w którem jest najwyższa); 43) fala T o niskim woltażu (1 mm lub mniej, w odprowadzeniu, w którem jest najwyższa); 44) fala T odwrócona; 45) przesuniecie odcinka R—T z linji izoelektrycznej; 46) R—T (wzgl. S—T) wykazuje zwiekszoną wypukłość z następową falą T zwróconą wdół; 47) inne odchylenia fali T.

Różne: 48) fala V wybitnie zaznaczona; 49) sztuczne; 50) rzadkie zmiany dotąd niewymienione.

Klucz ten ułatwia znacznie porozumienie się, usuwa potrzebę przedstawiania elektrokardjogramów, i przez swoją prostotę jest bardzo dogodny. (Przyp. referenta). *Mester* (Kraków).

Dynamika krwiobiegu przy zwężeniu ujścia żylnego lewego. J. BRUMLIK. Sbornik lékarský. XXXV. 1. 2.

Zagadnienie zaniku mięśnia komory lewej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego nie można było przedyskutować eksperymentalnie, ponieważ brakło sposobu przyżyciowego badania. Dopiero pomysł Ficka (z wiadomej ilości gazów zużytej, w określonym czasie przez jednostkę krwi tętniczej i żylnej.... obliczyć, ile krwi przepływa przez płuca w jednostce czasu) umożliwił doświadczenia w pracowniach klinicznych. Z biegiem ostatnich 30 lat liczni badacze, szczególnie Haldane, Priestley, Plesch, Grollmann i Marshall doskonalili metodę. Autor przebadał 10 czystych zwężeń zastawki dwudzielnej, 5 powikłanych z niedomykalnością tejże i 5 przypadków bez klin. zmian sercowych. Z liczb. uzyskanych po kilkumiesięcznej pracy wnioskuje: przy czystej wadzie wlewa się do lewej komory o 20% krwi mniej, niż normalnie. Objętość minutowa jest więc wprawdzie mniejszą, ale tylko o 20%.

Ta mała różnica jest dla autora niewystarczającą, by przyjąć możliwość zaniku mieśnia lewej komory, na tle bezczynności. Wyjaśnienia problemu na podstawie swych doświadczeń autor nie daje. *Dr. Baumwald* (Lwów).

Badania nad wzmożonem ciśnieniem. H. BOHN i F. HAHN (Frankfurt n. M.). Ztsch. f. klin. Med. B. 123. Str. 558—584.

W świeżym moczu prócz substancyj obniżających ciśnienie są substancje podwyższające ciśnienie, regularnie występujące w marskości nerek, niewystępujące w nadciśnieniu samoistnem i u ludzi zdrowych. Substancje podwyższające ciśnienie (takie same znajduje się we krwi chorych z marskością nerek) powodowały w doświadczeniu na zwierzętach często, lecz niezawsze, zmniejszenie ilości moczu. Pod względem chemicznym i biologicznym przypominają substancje „wazopresoryczne" z moczu i krwi substancje z tylnego płata przysadki, powodujące również podwyższenie ciśnienia i zmniejszenie ilości moczu.

H. Długosz (Lwów).

Glikoregulacja w okresie ciąży. GJURIČ, KUČEROVA i PROCHAŽKA. Čas. Lek. Česk. Z. 49. 1932.

Jeżeli poród jest prawidłowy, u rodzącej nie spotyka się hiperglikemji; u dzieci prawidłowo urodzonych istnieje stała hipoglikemja pomiędzy 0.48‰—0.64‰. Różnica w stężeniu cukru we krwi pomiędzy żyłą a tętnicą pępkową jest ta sama, jak u dziecka matki, chorej na cukrzycę. Jedynie woda płodowa zawiera o wiele mniej cukru, aniżeli woda płodowa chorej na cukrzycę.

Jeżeli poród jest ciężki, względnie kleszczowy, w przebiegu porodu dochodzi do hiperglikemji tak u matki, jak i u dziecka (1.18‰—1.50‰).

Po porodzie bardzo szybko, już w ciągu 2—5 dni stosunki u dziecka stają się prawidłowe. U dzieci hipoglikemicznych poziom cukru we krwi wzrasta, u hiperglikemicznych obniża się do prawidłowego.

Na podstawie tych wyników autorzy sprzeciwiają się poglądowi Holzbacha, że u dzieci, zrodzonych z matek, chorych na cukrzycę, hipoglikemja może być wyrazem kompensacyjnej nadczynności trzustki dziecięcej, ponieważ hipoglikemja u dzieci prawidłowo urodzonych jest objawem fizjologicznym. Gdyby miała miejsce hiperfunkcja, wówczas przy cięższych porodach nie mogłoby dojść tak szybko do hiperglikemji matki i dziecka.

Wyniki Holzbacha i autorów różnią się co do stężenia cukru we wodzie płodowej, która u chorych na cukrzycę zawiera 10 krotnie większą wartość w porównaniu do zdrowych kobiet.

Ungar (Lwów).

Zawartość białka krwi a krzywe cukrowe we krwi. M. TAUBENHAUS i R. STEINIG (Wiedeń). Ztsch. f. klin. Med. B. 121. Str. 730—736.

Doustne podanie cukru powoduje u niecukrzycowych chorych wraz z podwyższeniem poziomu cukru we krwi obniżenie całkowitej ilości białka i frakcyj białkowych we krwi. W czasie następowego spadku poziomu cukru, nawet poniżej normy, występuje wyraźne zwiększenie albumin i stosunku albumin do globulin, niezależnie od całkowitej zawartości białka. Natomiast po insulinie wprowadzonej od zewnątrz — według poprzednio ogłoszonej pracy autorów — występuje zwiększenie całkowitej ilości białka i frakcji globulinowej. Widoczna różnica zawartości i składu białka krwi w niedocukrzeniu po wstrzyknięciu insuliny i bez.

H. Długosz (Lwów).

Oznaczanie cukru w moczu. G. F. MATERNA. Med. Klin. Nr. 8, 1933.

W cukrzycy badamy mocz zbierany z 24 godzin, czyli że przez ten czas, zwykle w ciepłocie pokojowej, ten mocz pozostaje. Autor w doświadczeniach wykazuje, że bakterje jak *Bact. coli commune, lactis aerogenes* mogą w tych warunkach prowadzić fermentację cukru, znajdującego się już w nieznacznych stężeniach w moczu (0,1%) i przez to zmniejszać wartości odczytywane na polarymetrze. *Godłowski* (Kraków).

Folikulina a cukrzyca. GJURIČ, PROCHAŽKA i KUČEROVA. Čas. Lék. Česk. Z. 45. 1932.

Do zmian w przemianie węglowodanowej dochodzi u kobiet już w warunkach prawidłowych pod wpływem cyklicznych zmian hormonalnych jajnika. Główną rolę odgrywa przytem folikulina. Zdrowa kobieta wykazuje już w okresie przedmiesiączkowym, a zwłaszcza w menstruacji obniżoną tolerancję węglowodanową. Küstner, Frey, Kahler, Kylin, Rathery i inni opisali nawet przy menstruacji cukromocz pokarmowy. Niektóre kobiety wykazują w okresie miesiączkowania hiperglikemię (Stolper, Vignez,Guillaumin). Tolerancja węglowodanowa obniżona też jest u kobiet ciężarnych w pierwszym okresie, w którym szybko dochodzi do cukromoczu pokarmowego. Na podstawie tego Franck i Nothmann zalecali odczyn obniżonej tolerancji węglowodanowej, jako pomocniczy środek rozpoznawczy w niepewnych przypadkach ciąży. Ponieważ w okresie miesiączkowania i ciąży znaj-

duje się znaczną ilość folikuliny we krwi (Czajkowski, Frank i Fels), sądzono, że właśnie ten hormon folikularny wpływa na przemianę węglowodanową i obniża tolerancję węglowodanową.

W czasach ostatnich niektórzy autorzy starali się objaśnić wpływ folikuliny na poziom cukru we krwi, lecz dotychczas brak zgodnego sądu o działaniu tejże. Joseph, Kaufmann, Kylin, Fonseca i inni stwierdzili po zastrzyku folikuliny hiperglikemję, podczas gdy Fellnerowi, Vogtowi, Esterowi, Burgeowi i Carnotowi udało się przy pomocy zastrzyku hormonu folikularnego osiągnąć hipoglikemję. Zagadnienie jednak folikuliny nie jest tak proste, jak się to wydaje na pierwszy rzut oka, ponieważ obniżona tolerancja węglowodanowa występuje również tam, gdzie uszkodzona jest czynność jajnika. Obniżoną tolerancję i cukromocz pokarmowy opisał Stolper w przypadkach torbieli jajnika, Kraul w rakach jajnika, Werner i Tsubura u kastratów, Rosenberg i Heyn przy braku miesiączki. Z drugiej strony wykazał Kylin hipoglikemiczny wpływ wyciągu z ciałka żółtego popędu płciowego i hiperglikemiczne działanie z cukromoczem, wywołane hormonem z ciałka żółtego ciążowego.

Wszystkie te zmiany cykliczne w tolerancji węglowodanowej, które się odgrywają już u kobiety zdrowej, są o wiele bardziej zaznaczone u chorych na cukrzycę. Oddawna jest wiadomem, że tolerancja węglowodanowa u kobiet z cukrzycą uderzająco się obniża przed i w czasie miesiaczki. W tym okresie spostrzegamy często oporność chorej na insulinę, która znika, jak tylko wzajemny stosunek hormonalny ulega poprawie. Autorzy opisują taki przypadek 17 letniej chorej na cukrzycę. Również przy zupełnym braku miesiączki cukrzycowej często spotyka się ową cykliczną zmianę w tolerancji, aczkolwiek menstruacja sama nie występuje przez szereg miesięcy. Obniżona tolerancja występuie zwykle w dniach, w których objawić się miała miesiączka, lecz niekiedy dochodzi do zmian w przemianie węglowodanowej i w innych dniach.

Prawie u wszystkich chorych na cukrzycę jak z brakiem miesiączki, tak i z typowem krwawieniem miesiączkowem stwierdzili autorzy w okresie cyklicznego pogorszenia przemiany węglowodanowej negatywne hormony w moczu. Ta okoliczność naprowadziła autorów na myśl leczniczego użycia folikuliny w tych przypadkach. Pomoc w urzeczywistnieniu tej myśli widzieli autorowie w doniesieniu Carnota na posiedzeniu biologicznego towarzystwa paryskiego w maju 1928 r.: 36 letnia chora Carnota z brakiem miesiączki nie reagowała na dietę i na insulinę. Kilkoma zastrzykami folikuliny udało się zaś Carnotowi obniżyć glikemję i cukromocz a znacznie zwiększyć tolerancję. Autorzy opisują przypadek, przypominający przypadek Carnota, w którym w pierwszych 3 dniach po zastrzykach 2 cm³ folikuliny polepszyła się tolerancja. Po tym czasie znikło korzystne działanie folikuliny, naodwrót przemiana węglowodanowa uległa nawet pogorszeniu. Dopiero po usunięciu folikuliny tolerancja zpowrotem wzrosła, glikemja i cukromocz zmniejszyły się. W przeciwieństwie do przypadku Carnota przypadek ten nie był czystą cukrzycą jajnikowego pochodzenia .

Celem bliższego poznania wpływu folikuliny na przemianę węglowodanową, przeprowadzili autorzy serjowe badanie poziomu cukru we krwi po wstrzyknięciu mniejszej i większej dawki hormonu. Okazało się, że folikulina nie działa na przemianę węglowodanową jednakowo. W małych dawkach z reguły zwieksza glikemję i obniża tolerancję, w większych dawkach zwykle obniża poziom cukru we krwi. To rozmaite działanie folikuliny na poziom cukru posiada swą przyczynę w wydzielaniu endogennej folikuliny, ponieważ wiemy, że zastrzyk folikuliny wywołuje zwiększone tworzenie hormonu folikularnego w jajniku. Oddziaływanie jest rozmaite; u jednej kobiety małą dawką folikuliny wywołać możemy wydzielanie pewnej ilości hormonu, która wystarcza do powstania hipoglikemji, u innej zaś konieczną będzie dawka większa. Z powodu nieznajomości wielkości dawki, która jest indywidualną, niemożliwem jest szczegółowo oznaczyć potrzebną ilość folikuliny, któraby wywarła korzystny wpływ i na przemianę węglowodanową i na ogólny stan chorej. Autorzy opisują przypadek, w którym o wiele łatwiej osiągnęli pod wpływem działania hormonu polepszenie stanu ogólnego aniżeli tolerancji. Nietylko w wieku młodym z zupełnym lub przejściowym brakiem miesiączki, lecz i u kobiet dojrzałych, względnie u kobiet w klimakterjum nie jest wpływ folikuliny korzystniejszy na glikoregulację (opisują autorzy 2 przypadki). I tu po krótkotrwałej zwyżce tolerancji po pierwszych 2 zastrzykach (2 cm³), przemiana węglowodanowa po dalszych zastrzykach szybko się pogarszała a polepszyła się dopiero po odstawieniu folikuliny.

Niezawsze jednak folikulina niekorzystnie oddziaływuje na przemianę węglowodanową. W jednym przypadku folikulina korzystnie oddziaływała i na ogólny stan i na przemianę węglowodanową.

Insulina również oddziaływa na inkretoryczną czynność jajnika. Prawdą jest, że po insulinie czynność jajnika chorej na cukrzycę polepsza się, a nawet i niepłodne chore na cukrzycę po leczeniu insuliną rodzą; lecz zachodzą i stosunki odwrotne. Zdarza się bowiem, że chora na cukrzycę dopiero po stosowaniu większych dawek insuliny traci swą cykliczną czynność jajnika. Wytłumaczenie tego paradoksalnego wpływu insuliny na czynność jajnika znajdujemy w doświadczalnej pracy Abla. Wstrzykując małe dawki insuliny przez krótki okres czasu osiągnął Abel wzmożone powstawanie folikułów i zwiększone tworzenie hormonu folikularnego. Po większych i dłużej podawanych dawkach insuliny doszło do zmniejszonego wytwarzania folikuliny i do zwiększonego tworzenia ciałek żółtych. U niektórych zwierząt udało się Ablowi wywołać wielkiemi dawkami insuliny wkońcu brak miesiączki.

Należy zatem pamiętać o tym ubocznym wpływie insuliny. Przy stosowaniu folikuliny koniecznem jest dbać o dokładne dawkowanie oraz indywidualną reakcję chorej. Badanie cyklicznych hormonów seksualnych w moczu nie jest pewnym wskaźnikiem ani co do wskazania ani co do dawkowania. *Ungar* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo, ginekologja i stomatologja.

Ciąża a grypa. M. I. LITWAK (Leningrad). Arch. f. Gyn. T. 148, z. 2.

Zestawienia statystyczne grypy z lat pandemji 1918/20 wykazały, że przebieg tej choroby w ciąży i połogu jest znacznie cięższy, a odsetek śmiertelności kilkakrotnie większy. Zagadnienie to jest dla położnika tem ważniejsze w przypadkach grypy pojawiającej się sporadycznie poza pandemją, gdyż wtedy grypa, przebiegająca często pod postacią ogólnego zakażenia, może być łatwo rozpoznawana, jako zakażenie połogowe. Jest to tem bardziej zrozumiałe, że właściwego zarazka grypy — wedle najnowszych poglądów — właściwie nie znamy, gdyż w wielu przypadkach ciężkiej grypy nie da się wykazać pałeczek Pfeiffera, a badanie bakterjologiczne wykazuje tylko olbrzymią masę ziarenkowców i paciorkowców często hemolitycznych.

W celu rozwiązania wielu kwestyj z powyższem zagadnieniem związanych przedstawia autor wnioski ze spostrzegania 61 przypadków ciąży wzgl. połogu, powikłanych grypą w czasie epidemji tej choroby w r. 1927/28 w Leningradzie.

Najciężej przebiegają przypadki grypy na końcu ciąży lub w czasie porodu i tylko z tego okresu pochodzą przypadki śmiertelne; w połogu przebieg grypy jest najlżejszy i wszystkie chore z tego okresu wyzdrowiały. I w ciąży i w połogu przebieg grypy jest tem cięższy, im bliżej terminu porodu przypada okres zakażenia się. Toksyny chorobowe są często przyczyną przerwania ciąży. Do obrazu ogólnej grypy dołączają się nietylko miejscowe przerzuty do narządów rodnych w postaci ropni, ale może się ten obraz wikłać objawami ogólnego zakażenia połogowego. W czasie pan- i epidemji chorobliwość i śmiertelność zakażenia połogowego zwiększa się. Wskutek przejścia zarazka przez łożysko na płód pogarsza się rokowanie dla potomstwa i to albo w kierunku obumarcia płodu w macicy albo śmierci noworodka wkrótce po urodzeniu się.

Leczniczo należy zaniechać sztucznego rozwiązania, gdyż każdy zabieg pogarsza stan i tak ciężko chorej. Jeśli chodzi o przyśpieszenie porodu rozpoczętego wśród choroby, to w grę mogą wchodzić jedynie kleszcze wychodowe. Pozatem należy poród pozostawić siłom przyrody. *T. Wiczyński* (Lwów).

Czy pod koniec ciąży możliwem jest wyrobienie sobie pojęcia o wielkości płodu i rozmiarach jego główki. LYONNET (Lyon). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. r. 1933. Z. 4.

W przypadkach miednic ścieśnionych miernego stopnia, gdzie celem uniknięcia niestosunku porodowego wskazanemby było przedwczesne wywołanie porodu, możność określenia wielkości płodu, a szczególnie rozmiarów główki miałoby doniosłe znaczenie, gdyż pozwoliłoby uniknąć błędów, jak urodzenie dziecka zbyt słabego lub odwrotnie zbyt dużego, co mogłoby wpłynąć ujemnie na przebieg porodu. Autor wspomina o rozmaitych sposobach rozpoznawczych i zaznacza, że w klinice lyońskiej stosują tylko dwa sposoby: 1) zwykłe badanie, co przy pewnej wprawie daje pojęcie o wielkości płodu i 2) nieco zmodyfikowana metoda Müller'a, polegająca na silnem spychaniu główki do wchodu podczas badania wewnętrznego. Na 122 ocen wielkości płodu w 16 były błędy dochodzące a nawet przekraczające 400 g. Błędy te szły w 2 kierunkach: w 12 przypadkach płód był większy (oprócz jednego przypadku nie miało to większego znaczenia dla przebiegu porodu), w 4 przypadkach płód był znacznie mniejszy tak, że nawet 1 płód był niezdolny do życia.

Do niezbyt częstych obrazów Ekg. należą tachykardja komorowa i bezład komorowy, w których rokowanie jest bardzo poważne, gdyż śmiertelność dosięga do 90% w ciągu kilku tygodni.

Zmiany w zespołach Q. R. S. T. dołączające się do arytmji pogarszają wybitnie rokowanie.

Powyższe zestawienie poparte doświadczeniem uzyskanem na oddziele I B wykazuje, jak duże znaczenie rokownicze a także i rozpoznawcze dla schorzeń m. sercowego ma badanie elektrokardjograficzne. (Autoreferat).

Sekretarz: *Dr. St. Schwartz.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie XI. posiedzenia naukowego z dnia 7 kwietnia 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. W łączności z odczytanym protokółem poprzedniego posiedzenia w sprawie przezwania tut. Szpitala Okręgowego mianem Sobieskiego, Kol. Ziembicki, czł. T-wa wyjaśnia, że na podstawie uchwały poprzedniego zarządu wystosowano w tej sprawie list do Ministerstwa Spr. Wojskowych. Należy jeszcze sprostować termin, aby sprawa ta została załatwiona nie przed sierpniem — ale najpóźniej w czerwcu.

2. Kol. K. Szumowski, czł. T-wa, przedstawia przypadek *ropnia móżdżka operowanego i wyleczonego* u dziewczynki 13-letniej.

Zachorowała ona w połowie października ub. roku na ostre zapalenie ucha prawego, które wystąpiło jako powikłanie grypy. Wobec ciężkich objawów zapalnych oraz objawów zapalenia wyrostka sutkowego, ciepłoty 41°, silnych dreszczy, silnej bolesności całego wyrostka, znacznego oczopląsu ku stronie zdrowej oraz upośledzenia słuchu wykonano w 5 dniu choroby na prowincji antrotomję. Operacja wykazała niemal całkowite zniszczenie wnętrza wyrostka sutkowego, wypełnionego ropą i ziarniną, ropień zewnątrzoponowy, zakrzep zatoki esowatej. Wobec dużych zmian stwierdzonych w zatoce, podwiązano równocześnie żyłę szyjną wewnętrzną. Przez trzy tygodnie stan chorej prawidłowy. W 4 tygodniu wystąpiły bóle głowy, nudności, oczopląs ku stronie zdrowej. W jamie bębenkowej stwierdzono ziarninę. Wykonano wtedy w tym samym szpitalu na prowincji operację doszczętną ucha prawego. W połowie grudnia ponownie wystąpiły bóle głowy i wymioty. Zrobiono rewizję rany, która niczego nie wykazała, jednakże stan chorej nieco się poprawił. W połowie stycznia ponownie wystąpiły te same objawy, wobec czego chorą w bardzo ciężkim stanie odwieziono 21 stycznia b. r. na Klinikę do Lwowa.

Przy badaniu chorej zaraz po przyjeździe stwierdzono: chora bardzo silnie wyniszczona, wychudzona. Ciepłota 36.4°. Tętno 120 na min. Silny oczopląs grubouderzeniowy na stronę prawą. W uchu prawem stwierdzono nieco gęstej, cuchnącej wydzieliny ropnej oraz ziarninę. Poza małżowiną podłużna blizna wraz z przetoką drążącą wgłąb w kierunku jamy sutkowej. Okolica rany i wyrostka sutkowego silnie bolesna na ucisk. Chora jest ogromnie niespokojna, skarży się na bardzo silne bóle głowy, trwające bez przerwy. Badanie neurologiczne wykazało: zaznaczone objawy oponowe. Oczopląs gruby w obie strony. Adiadochokineza ujemna, brak ataksji w kończynach górnych. Babiński po lewej dodatni. Chora bardzo niespokojna. Punkcja lędźwiowa wykazała: białko dodatnie. Nonne dodatni, limfocytów 82/3, leukocytów 14/3, erytrocytów 6/3. Chora przez noc bez przerwy krzyczała mimo podawania środków narkotycznych, dwukrotnie wymiotowała. Badanie dna oka wykazało: obie tarcze obrzękłe, lekko wyniosłe, granice zatarte, wybroczyny dookoła tarczy i w samej tarczy.

Popołudniu stan dziecka wybitnie się pogorszył, ciepłota 37°, tętno ze 120 spadło na 68, słabo napięte, wyraźna sztywność karku. Silny oczopląs przy spojrzeniu w prawą stronę.

Wobec ciężkiego stanu dziecka przystąpiono natychmiast do retrepanacji wyrostka sutkowego (f. Dr. Szumowski). Stwierdzono po nacięciu skóry obok przetoki stan po operacji radykalnej, jamę pooperacyjną wypełnioną ziarniną, częściowo zbliznowaciałą. Po usunięciu ziarniny ostrą łyżeczką stwierdzono, że zatoka żylna odsłonięta jest na dużej przestrzeni, grubości małego palca, twarda przy dotyku, jakgdyby wypełniona zakrzepem. Opony dołu środkowego częściowo były odsłonięte. Wobec rozpoznania neurologicznego w kierunku podejrzenia obecności ropnia w płacie skroniowym, odsłonięto opony środkowego dołu na szerszej przestrzeni i wykonano w trzech kierunkach nakłucie, które ropy nie wykazało, natomiast wykazało w głębokości 2 cm płyn mózgowo-rdzeniowy nieco krwawy, dość silnie opalizujący *(hydrocephalus internus maioris gradus)*.

Wobec negatywnego wyniku nakłucia zdecydowano się odsłonić również dół tylny. Po odbiciu kości pomiędzy tylną ścianą piramidy a zatoką wykonano nakłucie móżdżka w tem miejscu i na głębokości około 2½ cm natrafiono na ropień, zawierający gęstą ropę zielonkawą, której wyciągnięto około 14 cm³, następnie wzdłuż igły nacięto oponę i wprowadzono do jamy ropnia móżdżku drenik kauczukowy. Wdłuż drenika jamę operacyjną wytamponowano gazą jodoformową, skóry nie zeszywano.

Przez kilka dni po operacji utrzymywał się stan chorej ciężki, tętno około 140, słabo napięte. Ciepłota wykazywała nieregularne wyskoki do 37.6° zresztą była normalna.

Badanie neurologiczne wykazywało nadal zaznaczone objawy oponowe, oczopląs grubouderzeniowy w obie strony, brak ataksji, adiadochokineza ujemna (może ślad po stronie prawej), Babiński obustronnie dodatni. Bóle głowy znacznie mniejsze. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono obecność białka, limf. 120/3, leukocytów 12/3. Opatrunki zmieniano codziennie. Ponieważ drenik kauczukowy zgięty pod kątem nie drenował dobrze, wobec tego zmieniono go na kawałek rękawiczki gumowej, złożony w harmonijkę. Rękawiczkę zmieniano co parę dni, w razie gdy przy codziennym opatrunku zauważono, że ropa dobrze nie odpływa. Drenaż przy pomocy rękawiczki okazał się bardzo dobry, gaza i opatrunki stale były przesiąknięte ropą. Dwukrotnie w przebiegu leczenia stwierdzono wysunięcie się rękawiczki i niedobre drenowanie. Po wyciągnięciu kawałka rękawiczki stwierdzono przy pomocy sondy rowkowanej wprowadzonej w kierunku jamy ropnia zastój płynnej jasnej ropy w ilości około jednej łyżki. Po usunięciu ropy wprowadzano ponownie rękawiczkę. Ogółem starano się utrzymać drenowanie zapomocą rękawiczki jaknajdłużej, co się udało przez czas 9 tygodni. Rana stopniowo zarastała aż wreszcie same granulacje wypchnęły rękawiczkę.

Przez cały czas leczenia ciepłota utrzymywała się przeważnie poniżej 37°. Od czasu do czasu lekkie wyskoki ciepłoty do 37.5°.

Badanie neurologiczne aż do dnia dzisiejszego ujemne. Rana zagojona, chora ma się zupełnie dobrze, nie odczuwa żadnych dolegliwości.

Trudności rozpoznawcze w tym przypadku tłumaczą się poczęści wtórnem wodogłowiem wielkich rozmiarów. Zaznaczyć jednakże trzeba, że mimo wielkiego ropnia stwierdzonego w móżdżku (około 14 cm³ ropy) stwierdzane objawy były nieznaczne, mianowicie właściwie tylko daleko posunięta tarcza zastoinowa na obu oczach, oraz oczopląs grubouderzeniowy w stronę chorą.

Przypadek demonstrowany jest drugim przypadkiem ropnia móżdżku wyleczonym z pośród trzech przypadków ropni móżdżku, leczonych w Klinice Oto-laryngologicznej U. J. K. w ostatnich trzech latach.

W dyskusji: Kol. Ziembicki, czł. T-wa zaznacza, że niejednokrotnie zupełnie niepotrzebnie używamy słów łacińskich o końcówce polskiej jak np. „strombowane zatoki" — mając całkiem dobre i zupełnie zastępujące wyrażenie polskie „zakrzepione zatoki".

3. Kol. Ostrowski T., czł. T-wa przedstawia 2 chorych *z porażeniem n. twarzowego, pochodzenia urazowego, leczonych przez wycięcie gangl. sympat. super.* Metoda ta podana przez Leriche'a w r. 1919 daje klinicznie w wielu wypadkach bardzo dobre wyniki, opisywane przez wielu autorów; również i w prelegenta 2 przypadkach wynik był zupełnie zadowalający, zwłaszcza odnośnie do górnych gałązek, zaopatrujących powieki. W przypadkach, w których operacja powyższa nie dałaby dobrego wyniku, pozostaje do zastosowania operacja zespolenia nerwu twarzowego i podjęzykowego, lub zabiegi wytwórcze na aparacie mięśniowym. Operacja Leriche'a nie posiada ustalonego uzasadnienia fizjologicznego, powrót ruchów mięśni twarzowych może być tłumaczony zdaniem Botreau-Roussela zniesieniem czynności układu współczulnego, hamującego te ruchy, zależne od unerwienia ze strony przeciwnej twarzy. Wertheimer i Carcassone uzależniają korzystny wpływ wycięcia *gangl. cervical.* w przypadkach porażenia *n. facialis* od wystąpienia hipertonji mięśni twarzowych; w okresie spowodowanej drogą tej operacji hipotonji łatwiej daje się zaznaczyć działanie czyto dodatkowego unerwienia po stronie analogicznej, czy też i ze strony przeciwległej. Prace anatomiczne Hesse, Bogomołowej, Bourguignona i innych dają w tej sprawie interesujące przyczynki — pozytywnie jednak nie rozstrzygają jej.

W dyskusji: Kol. Kielanowski B. czł. T-wa, zapytuje, czy powyższy zabieg nie nastręcza ujemnych działań — i czy w przypadkach wycięcia wola nie byłoby wskazanem zastosowanie tego zabiegu szczególnie przy wytrzeszczu.

Kol. Ostrowski T. w odpowiedzi: było już robione z wynikiem dobrym ale późnym.

4. Kol. Zalewski T. czł. T-wa wygłosił: *Walka z twardzielą i rozmieszczenie twardzieli w Polsce*. (Ukaże się ogłoszone drukiem).

5. Kol. Jankowski J. czł. T-wa i Kol. Wolner, gość: *Problem alergji w twardzieli*. (Ukaże się ogłoszone drukiem).

6. Kol. Dobrzański, czł. T-wa wygłosił: *Obraz kliniczny i leczenie twardzieli*. (Ukaże się ogłoszone drukiem).

Sprawozdanie XII. posiedzenia naukowego z dnia 21 kwietnia 1933.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

W dyskusji nad tematem twardzieli Kol. Gąsiorowski nie zgodziłby się w zupełności z referentem, ponieważ w pracy używano tylko jednego antygenu. Autorowie zgodnie zwracają uwagę na to, że ponieważ odczyny alergiczne w twardzieli odgrywają pierwszorzędne znaczenie — należy je wykonywać zapomocą kilku antygenów.

Kol. Jankowski J. czł. T-wa, dziękuje za cenne uwagi i ponieważ praca jest w dalszym toku, zastosuje się do uwag.

1. Interpelacja Kol. Gąsiorowskiego w sprawie *szerzenia się wścieklizny w zastraszający sposób na obszarze miasta Lwowa*.

W dyskusji: Kol. Legeżyński, czł. Twa zaznacza, że wina szerzenia się wścieklizny leży w niedociągnięciach odpowiednich władz i czynników. Na 15 tysięcy psów na obszarze miasta Lwowa około 4 tysięcy bezpańskich psów błąka się po ulicach, zupełnie niewyłapywanych przez rakarza.

Kol. Zakrzewski, czł. T-wa po krótkiem omówieniu statystyki na obszarze Rzpltej podkreśla, że Polska należy do krajów o bogatej liczbie statystycznej wścieklizny (około 340—380 przypadków miesięcznie) a najobfitszym terenem są Kielce.

Po wyczerpaniu dyskusji, w której zabierali głos Kol. Doliński, Gąsiorowski, Lenartowicz, Doliński, Zalewski, Zieliński i Rymarowicz. Prezes wnosi, aby Lwowskie Towarzystwo Lekarskie odniosło się do odpowiednich władz a mianowicie do Województwa i Prezydjum Miasta a także i prasy codziennej z opracowanym przez Prof. Gąsiorowskiego, Legeżyńskiego i Zakrzewskiego memorjałem, a jeżeli chodzi o prasę, w opracowaniu Komisji łącznie z Kol. Dolińskim.

2. Kol. Frank-Pitowa, czł. T-wa wygłosiła: *Hepato-lienografja i jej wartość w klinice*.

Omawia obszernie nową metode badania radjologicznego wątroby i śledziony t. zw. hepatolienografję. Polega ona na wysyceniu układu siateczkowo-śródbłonkowego tych narządów solami torowemi przez dożylne podanie torotrastu, substancji nietoksycznej. Otrzymane zacienienie tych narządów pozwala na wykazanie procesów patologicznych, prowadzących do zmian w strukturze. Przedstawia korzyści zdobyte tą metodą oraz podkreśla możliwość uszkodzeń wskutek prawie niewydzielania się torotrastu z ustroju i długotrwałej blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego. Hepatolienografja stanowi wstępną próbę przedstawiania narządów miąższowych w obrazie radjologicznym, która w dotychczasowej formie jeszcze nie jest doskonałą i przejść musi przez dalsze próby kliniczne. Na zakończenie przedstawiono kilkanaście rentgenogramów.

W dyskusji: Kol. Meisels E. stwierdza, że obraz rentgenowski jest niezbyt jasny przy użyciu tej metody a biorąc pod uwagę przykre następstwa po torotraście — nie jest to metoda dobra i trudnoby było prelegentowi przy zapoczątkowaniu tej metody dodatnio się o niej wypowiedzieć.

Kol. Oberlaender, czł. T-wa: Torotrast jest środkiem nieobojętnym; mówca stwierdził układanie się torotrastu na ściane miedniczki nerkowej i moczowodu.

Kol. Grabowski nie podziela zdania Kol. Meiselsa, uważając, iż hepatolienografja może dać znacznie więcej aniżeli metoda zdjęć promieniami o różnej twardości. Metodę tę uważać musimy za dopiero zapoczątkowaną. Jeśli chodzi o torotrast jako substancję do pyelografji wstępującej, to stwierdzał również długo utrzymujące się cienie tej substancji w miedniczkach nerkowych, jako następstwo imbibicji.

Kol. Meisels E.: Abyśmy mogli wykazać przy użyciu tej metody przerzuty — jesteśmy jeszcze od tego bardzo odlegli: czy będzie można tą metodą pójść dalej — niewiadomo.

Sprawozdanie XIII. posiedzenia naukowego z dnia 28 kwietnia 1933.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Mozołowski, czł. T-wa wygłosił: *Chemja gazów bojowych*.

Związki chemiczne, które mogą być użyte, jako t. zw. gazy bojowe, muszą wykazywać poza toksycznością wiele jeszcze innych cech. Cechy te warunkują sposób ich użycia. Referent omawia: lotność, zdolność rozpraszania, ciężar właściwy, trwałość wobec czynników zewnętrznych, toksyczność oraz wymagania techniczne stawiane gazom bojowym. Szczególnie zajmuje się związkiem, jaki istnieje między wytwórczością barwików i środków farmaceutycznych w czasach pokojowych a fabrykacją gazów bojowych w czasie wojny. Klasyfikacja gazów bojowych według cech chemicznych jest niezbędną dla chemika i technologa, pracującego w tej dziedzinie, lekarz natomiast wymaga podziału według działania na ustrój człowieka.

Toksykolodzy dzielą gazy bojowe na: I. drażniące, z których jedne działają wyłącznie na błony śluzowe, inne wywierają swoje działanie również i na skórę; w stężeniach większych uwidacznia się również ich działanie trujące; II. trujące, najczęściej pozbawione własności drażniących. Następnie omawia pokrótce referent ważniejsze gazy bojowe, a mianowicie: fosgen, dwufosgen, chlorpikryna, sternity, iperyt, luizyt i kwas pruski. Konieczność przygotowania się do obrony gazowej stawia lekarzom dwa dezyderaty: 1) uświadomienie społeczeństwa o istocie gazów bojowych, o rodzajach zatrucia oraz postępowanie w razie ataku gazowego; zdaniem referenta należy wystrzegać się szerzenia paniki i straszenia okropnościami przyszłej wojny, oraz 2) gruntowne opanowanie przez lekarzy sposobów niesienia pomocy zatrutym.

2. Kpt. Figler, gość podał krótki zarys: *Walki gazowej*. (Streszczenia nie nadesłano).

Sprawozdanie XIV. posiedzenia naukowego z dnia 5 maja 1933.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kpt. Figler, gość podał krótki zarys: *Obrony przeciwgazowej* z pokazami. (Streszczenia nie nadesłano).

Sprawozdanie XV. posiedzenia naukowego z dnia 12 maja 1933.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Mączewski, czł. T-wa przedstawił przypadek *sztucznej pochwy metodą Kirschner-Wagnera po 2-letniej obserwacji*.

Przed 2 laty operował mówca wraz z Kol. Grucą chorą z wrodzonym brakiem pochwy i macicy metodą Kirschner-Wagnera.

Po dwóch latach pacjentka zgłosiła się do badania kontrolnego. Stwierdzono stan następujący: pochwa długości 8 cm, zwężająca się nieznacznie ku górze, do pochwy z łatwością dadzą się założyć zwykłe wzierniki łyżkowe. Na ścianach pochwy stwierdza się płatki skórne a pomiędzy niemi tu i ówdzie blizny.

Prelegent omawia zalety i wady pochwy wytworzonej z naskórka, porównuje tę metodę z przedtem stosowanemi operacjami Schuberta, Baldwina-Mori i t. p. i dochodzi do wniosku, że jest to zabieg, który w przypadkach braku pochwy winien znaleźć jaknajszersze zastosowanie. Całość ukaże się w Polskiej Gazecie Lekarskiej.

W dyskusji: Kol. Gruca, czł. T-wa omawia technikę zabiegu i różnicę między sposobem Kirschner-Wagnera a zastosowanym wspólnie z Kol. Mączewskim: Pierwszy akt zabiegu wytworzenia łożyska posiada znaczenie kardynalne, gdyż w razie nienatrafienia na właściwą warstwę — sączenia ze ścian mogą uniemożliwić przyjęcie się płatków Oiliera. Proteza z gąbki kauczukowej musi mieć bardzo znacze wymiary co do grubości i wewnątrz być zdrenowaną rurką gumową, umożliwiając odpływ wydzielin. Płatki Ollier-Thierscha należy brać wąskie, długie a nie pojedyńczy duży, pod którym krew mogłaby się zbierać. Ważne jest również odpowiednio długie utrzymanie protezy *in situ*, co możliwe jedynie po przyszyciu jej do skóry warg. Ponieważ po wygojeniu się płatków miejsca niepokryte nabłonkiem wytwarzają twarde blizny z tendencją do kurczenia się, należy zwrócić specjalną uwagę na szczelne pokrycie całej protezy płatkami naskórka.

2. Kol. Meisels E., czł. T-wa wygłosił: *Nowotwory kostne* (część II-ga). (Ukaże się w druku).

Sekretarz doroczny: *T. Chorążak*.

Sekcja Neurologiczna Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

IV. Posiedzenie 12 kwietnia 1932.
Przewodniczy: Prof. Halban.

1) Kol. Stein przedstawia przypadek *craniopharyngeoma:* Chora 34 lat, która 3 razy rodziła, 2 razy poroniła. Perjody od 14 r. życia regularne, w 30 r. życia stały się rzadsze i skąpsze, a od $2^1/_2$ lat ustały zupełnie. Od tego czasu tyje; przybrała prawie 20 kg. Od 2 lat znikła *libido*, a włosy na sromie i pod pachami zrzedły. Od roku cierpi na szum i ból głowy na szczycie i w skroniach; wymiotów nie miała. Zauważyła, że gorzej widzi na lewe oko. Stwierdzono u chorej znaczną otyłość — najbardziej otłuszczone są policzki, kark, barki, ramiona, biodra i uda — bitemporalną hemiachromatopsję, nierówność brzusznych odruchów, lewe nieco słabsze. Na zdjęciu czaszki wewnątrz znacznie pogłębionego siodełka cień wapienny wznoszący się ponad płaszczyzną wyrostków klinowych; wyrostki klinowe przednie utrzymane, nieco odwapnione, tylnych nie widać. Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie ujemny.

Płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian. Dno oczu prawidłowe.

Chorą naświetlono Roentgenem. Bóle głowy ustały prawie zupełnie, ale otyłość nie zmniejszyła się, ani perjody nie wróciły. Obecnie chora otrzymała piątą serję naświetlań. Czuje się dobrze, ale pole widzenia dla koloru białego zwęża się po temporalnej stronie. Na zabieg operacyjny chora nie godzi się. Choroba rozpoczęła się objawami zaburzenia funkcji przysadki — *dystrophia adiposogenitalis, hypopituitarismus* — potem wystąpiła hemiachromatopsja bitemporalna, przytem zwapnienie w okolicy siodełka. A więc guz wapniejący rozwinął się wewnątrz siodełka uciskając przysadkę, wyrósł potem ponad *diaphragma sellae* i do przodu aż do skrzyżowania nerwów wzrokowych; wtedy wystąpiły też objawy wzmożonego ucisku śródczaszkowego.

Wiek chorej, przebieg choroby i obraz rentgenowski przemawiają za przyjęciem guza wychodzącego z resztek torebki Rathkego. *Meningioma tuberculi sellae (Cushing - Eisenhart)* występuje w wieku późniejszym, kolejność występowania objawów jest odwrotna; rosnąc od góry do dołu najpierw uciska *chiasma*, potem przysadkę. Wapnieje tylko w 30% przypadków. Tętniaki też czasem wapnieją; o ile wychodzą z *carotis* uciskają zwykle nerwy III. — VI. Glejaki okolicy trzeciej komory mogą w nadzwyczajnych przypadkach zwapnieć; objawy kliniczne są odmienne.

2) 26-letnia chora, u której w przebiegu ostrej *polyneuritis* wypadły wszystkie włosy na głowie. Odrośnięcie włosów było pierwszym objawem poprawy. Jest to czwarty znany przypadek wyłysienia przemijającego w przebiegu zapalenia wielonerwowego. Dwa takie przypadki opisał Stiefler, a jeden Bingel. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji Kol. Arend omawia zaburzenia owłosienia na kończynach przy traumatycznem uszkodzeniu nerwów.

2) H. Halban przedstawia przypadek zakaźnego zapalenia mózgu *(encephalitis infectiosa)*, przebiegającego pod postacią pląsawicy połowiczej.

Chory M. Ch. lat 20., dziedzicznie nieobciążony; od dzieciństwa gorzej słyszy na lewe ucho, pozatem nie chorował.

Obecna choroba rozpoczęła się przed 10 tygodniami bólami głowy, trwającemi około miesiąca; prawie równocześnie z bólem głowy wystąpiły 3-dniowe bóle gardła, a w kilkanaście dni później bóle całej prawej połowy ciała, połączone z silną przeczulicą, która uniemożliwiała choremu leżenie na tej stronie. Bólów, zaczerwienienia i obrzęku stawów nie zauważył, taksamo jak i objawów ze strony serca.

Przed miesiącem wystąpiły ruchy mimowolne, najpierw w pr. k. g., potem w pr. k. d., wreszcie w twarzy po tej samej stronie. W kończynach lewych chory ruchów nie zauważył.

W Klinice stwierdzono ruchy mimowolne o typie pląsawiczym w prawej połowie ciała i to bardzo silne k. g., słabsze tułowia, w klatce piersiowej i k. d., a najsłabsze w twarzy. W kończynach lewych tylko tu i ówdzie dają się zauważyć nieznaczne ruchy mimowolne.

Wrażenia psychiczne wzmagają ruchy. Czynne ruchy jednej z kończyn prawostronnych wzmagają znacznie ruchy drugiej kończyny; natomiast ruchy czynne kończyn lewych działają wyraźnie hamująco na ruchy pląsawicze prawej strony ciała. Bodźce czuciowe zastosowane czyto na prawą stronę ciała, czy też na lewą, nie mają wpływu na nasilenie ruchów mimowolnych.

Pozatem badanie neurologiczne wykazało: przy pokazywaniu zębów różnicę w unerwieniu na niekorzyść prawej strony. Siła motoryczna, odruchy ścięgniste, mięśniowe i okostnowe, napięcie mięśni na k. d. i g. bez zmian. Strümpell obustronnie dodatni, Rossolimo po prawej zaznaczony, zmian czucia wykazać nie można, odruch podeszwowy po lewej prawidłowy; przy badaniu tego odruchu po stronie prawej występuje zgięcie grzbietowe palców, z równoczesnem tonicznem ustawieniem grzbietowem stopy (objaw ten zauważony przez przedstawiającego nazwaliśmy tonicznym objawem stopowym), która dopiero po chwili powraca do poprzedniego położenia.

Badanie wewn. nie wykazuje zmian chorobowych.

W przedstawionym przypadku rozpoznaliśmy zakaźne zapalenie mózgu w okolicy jąder podstawowych, przebiegające pod postacią pląsawicy połowiczej. Bóle i przeczulicę prawej połowy ciała uważać należy za objawy talamiczne.

Kolejność występowania ruchów pląsawiczych, nasilenie większe zależne od tej kolejności, bóle o charakterze niewątpliwie centralnym, znaczna przewaga ruchów po prawej stronie, obecność objawów nienależących do pląsawicy *(chorea minor)*, toniczny objaw stopowy przedstawiają fizjo-patologię pląsawicy w nieco odmiennem świetle jak dotychczas, tak, że zdaniem mówcy konieczna jest rewizja pojęcia pląsawicy jako jednostki chorobowej, a szczególnie pląsawicy przebiegającej połowicznie.

3) Kol. Fraenklowa przedstawia chorą A. M. lat 23, która od najmłodszych lat jąkała się. Nigdy nie chodziła do szkoły, od 12 roku życia pracowała jako służąca. Chora zauważyła, że kiedy nie mogła wymówić jakiegoś słowa, wykonywała mimowolne ruchy prawą nogą. Po kilku latach te ruchy ustąpiły, natomiast chora przy jąkaniu wykonuje ruchy mimowolne prawą ręką.

W czasie pobytu chorej w szpitalu na pierwszy plan w obrazie chorobowym wystąpiły zmiany w mowie, mianowicie jąkanie, a równocześnie ruchy oboma rękami. Gdy chora zaczyna mówić, uderza równocześnie dłońmi o siebie, albo każdą ręką uderza w bok lub w klatkę piersiową. Ruchy te są rytmiczne i synchroniczne z zacinaniem się między poszczególnemi zgłoskami słów i wskutek tego są czasem mniej a czasem więcej intensywne. Przy chodzeniu występują czasem w nodze mniej wyraźnie ruchy, również jednak synchroniczne z zacinaniem się w mowie. Z powodu jąkania trudno jest z chorą wejść w bliższy kontakt. Jest niezorjentowana w czasie, wykazuje znaczne ograniczenie inteligencji i małe wiadomości szkolne. Nie umie czytać ani pisać, nie umie wyliczyć miesięcy, orjentuje się dość słabo w cenach codziennych środków. *Status* neurologiczny u chorej prawidłowy. U chorej uderza jedynie delikatna budowa kośćca i skóra blada i delikatna.

Ruchy rytmiczne w kończynach górnych, które w obrazie chorobowym występują na plan pierwszy, musimy uważać za współruchy. Współruchy jak wiadomo towarzyszą często rozmaitym naszym ruchom, także np. przy mówieniu; mogą być również wyrazem pewnego afektu np. zażenowania. Tendencja do symetrycznych współruchów występuje zwyczajnie we wieku dziecięcym. Sczasem przez wyuczenie się ruchów lub czynności specjalistycznych zostają współruchy opanowane. Dziecinne współruchy utrzymują się przez czas dłuższy tam, gdzie rozwój bardziej sprecyzowanych ruchów zostaje wstrzymany, np. u osób umysłowo niedorozwiniętych. Z takim przypadkiem *imbecilitas* z jąkaniem i współruchami mamy właśnie tutaj do czynienia. Nie ulega wątpliwości, że zażenowanie chorej również odgrywa przy powstawaniu tych ruchów pewną rolę.

W dyskusji zabierają głos Kol. Domaszewicz i Kol. Halban.

4) Kol. Frostig: Problemy farmakoterapji objawów psychowegetatywnych. Wykład. Część II.

W dyskusji zabierają głos Kol. Rothfeld i Kol. Rein.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 8-go listopada 1932 r.

1. Kol. Rutkowski J. (członek T-wa) omawia: *„Symptomatologię w zapaleniu przewlekłem wyrostka robaczkowego* .

W zapaleniu przewlekłem wyrostka robaczkowego stwierdzamy prawie zawsze (85%) rozszczepienie (dysocjację) czuć, to znaczy znieczulenie powierzchowne i przeczulicę głęboką, i bardzo często ścieńczenie podściółki tłuszczowej po stronie prawej. Ten objaw ostatni wyraźniej da się zaobserwować u kobiet. Ściśle oznaczone miejsca, jak punkty bólowe Mac Burney'a, Morrisa, Lunza, podane jako znamienne dla zapalenia wyrostka, nie mają znaczenia z powodu zmienności w położeniu wyrostka. Wymacać przytem chory wyrostek udaje się bardzo rzadko i wtedy tylko, gdy jest znacznie powiększony (np. w ropniaku). Znaczenie badania promieniami Roentgena polega na tem, że pod kontrolą ekranu można bezpośrednio stwierdzić bolesność wyrostka na

ucisk. Poszukując objawówRovsinga'a, Orłowskiego, Basteda i Jaworskiego, lub poprostu polecając choremu zakaszlać, możemy w dużej ilości przypadków wywołać ból miejscowy z oddali. Prelegent nie podziela zdania Buchmanna i Sawitzkiego co do częstości (88%—93%) występowania objawu rozszerzenia źrenicy po stronie prawej w przewlekłem zapaleniu wyr. rob., gdyż spotykał je bardzo rzadko, natomiast prelegentowi udało się zauważyć w paru przypadkach przejściowe rozszerzenie źrenicy prawej podczas operacji usunięcia wyr. rob. w momencie podwiązywania krezeczki, co potwierdziłoby istnienie odruchu z wyrostka na *nervi ciliares longi* (do *m. dilatator pupillae* i *m. Mülleri).*

W dyskusji zabierali głos: Kol. Kryński L., Roguski J., Gerner K., Hłasko J., Moczarski W., Zaorski J.

Kol. Maziukiewicz. Na oddziale Dra Sławińskiego stosuje się badanie sposobem Bastiego. Polega ono na wprowadzeniu powietrza przez kiszkę prostą do kątnicy, co wywołuje ból w przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Objaw ten badany na 100 przypadkach wypadł ujemnie w 7 przypadkach, w których były operacyjnie stwierdzone zmiany w wyrostku robaczkowym. W 10 przypadkach dodatniego objawu Bastiego w 10 dni po operacji objaw wypadł ujemnie. Omówiony objaw można polecić jako korzystny w rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Kol. Orłowski W. twierdzi, że wyrostek robaczkowy można wymacać najczęściej po przeczyszczeniu przewodu pokarmowego albo zastosowaniem metody Jaworskiego, albo też metodą własną opracowaną równocześnie z met. Jaworskiego, który przeprowadza badanie przy podniesionej prawej kończynie dolnej, kol. Orłowski przy kończynie podniesionej skręconej nazewnątrz. Ta metoda daje możność częstszego znalezienia wyrostka. By uniknąć pomyłki, należy oczywiście zbadać, czy esica i poprzecznica znajdują się na właściwem miejscu. *Typhlostasis* jest sprawą zbyt częstą zwłaszcza u kobiet, by można było opierać się na stwierdzeniu jej rentgenologicznie w zapaleniu wyrostka robaczkowego.

2. Kol. Filiński W. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t.: *„Próby leczenia gruźlicy zarazkiem duru".*

F. przypomina dawniejsze zdania o antagoniźmie między durem brzusznym i gruźlicą. Powołuje się potem na fakt, że dur nie wywołuje rozwoju sprawy gruźliczej, chociaż sam często prowadzi do zmian w narządzie oddechowym, które same przez się mogłyby się wydawać podatnem tłem ku temu. Podaje przypadki, w których dur samoistny wpłynął korzystnie na gruźlicę istniejącą. Przypuszcza, że jad durowy wpływa leczniczo na gruźlicę. Próbuje w przypadkach gruźlicy ostrej, postępującej, zastosować szczepionkę durową jako środek leczniczy. W szeregu przypadków otrzymuje dobre wyniki. Niepowodzenia tłumaczy powikłaniami, które uniemożliwiają racjonalne odżywienie chorych, a więc przedewszystkiem gruźlicą jelit lub krtani, o ile ona utrudnia połykanie. Nie można się spodziewać poprawy, o ile leczenie rozpoczyna się już w okresie przedśmiertnym na kilka dni przed zgonem.

W dyskusji kol. Szczepański, Bartoszek, Szokalski, Osiński.

Kol. Ławrynowicz A. (członek T-wa). Sprawa antagonizmu duru i gruźlicy wydaje się niewątpliwą, jednak istnieją zasadnicze różnice między przebyciem choroby, a zadziałaniem szczepionki. Kol. Ł. jest zdania, że mamy tu do czynienia z proteinoterapją.

Kol. Karwacki L. (członek T-wa) podkreśla, że pałeczki durowe są jednym z najsilniejszych podrażników szpiku kostnego. Hamują zarazem leukocytozę, której działania boimy się w rozsiewaniu gruźlicy. Dlatego też nie radziłby próbować innych szczepionek, w przypadkach bardzo ciężkich możnaby próbować wstrzykiwania żywych pałeczek durowych. Szczepionkę stosowaną przez prelegenta uważa za szczęśliwie wybraną.

Kol. Wąsowicz St. (członek T-wa) w ocenie wyników leczniczych w gruźlicy musimy liczyć się z wielką rozmaitością typów klinicznych, z których wiele daje poprawę od zwykłego leczenia objawowego, stosowanego w szpitalu.

Działanie zastrzykiwań szczepionki, jak wynika z przedstawionych wykresów, nie powodowało natychmiast obniżenia ciepłoty, dopiero po licznych zabiegach, wykonanych podczas poziomej krzywej gorączkowej, widzimy pojawiający się powolny spadek krzywej i dopiero wtedy zjawiają się wahania odczynowe. Toteż profil krzywych jest za mało przekonywujący, by spadek ciepłoty odnieść do stosowanych zabiegów.

Kol. Michalski Z. Podstawy teoretyczne dla takiego postępowania jak u prelegenta istnieją a mianowicie pewna jakby przeciwstawność przebiegu, zakażenia gruźliczego i durowego, jako to typ gorączki, zachowanie się tętna, zachowanie się obrazu krwi t. j. leukopenji ze względną limfocytozą.

Zwraca uwagę na ogłoszone w ostatnich tygodniach w Pol. Gazecie Lekarskiej badania Kmietowicza nad toksynami durowemi: autor ten różniczkuje toksyny, powodujące gorączkę i toksyny, wpływające na obraz krwi, charakterystyczny dla duru. Być może te spostrzeżenia przydadzą się do wyjaśnienia działania szczepionki durowej na przebieg gruźlicy płuc.

Kol. Orłowski W. sądzi, że nie można tak kategorycznie mówić o przeciwstawności duru brzusznego i gruźlicy. To nie jest faktem ustalonym. Na podstawie własnego doświadczenia sądzi, że tej przeciwstawności niema. Dur nieraz pogarsza przebieg gruźlicy, a gruźlica nieraz występuje po durze. Ogólnie przyjęty jest np. pogląd, że grypa pogarsza gruźlicę, tymczasem Rożkowski wystąpił ze zdaniem przeciwnem. Przytacza ten fakt, by można było osądzić, jak należy być ostrożnym w sprawie przeciwstawności chorób. Nie chce zniechęcać prelegenta do jego badań, ale obowiązkiem jest rozważyć przedstawione wyniki. Wartość metody leczenia gruźlicy należy wypróbować w przypadkach przewlekłych. Materjał, przytoczony w odczycie, z tego punktu widzenia był nieodpowiedni. Pozatem badania należy rozpoczynać dopiero po 3—4 tygodniowym pobycie chorego w szpitalu, zwłaszcza w Szpit. św. Stanisława, gdzie chory ma b. dobre warunki pod względem pomieszczenia, odżywienia i opieki. Narazie nie można ustalić, czy metoda omawiana ma działanie swoiste, tem bardziej, że wyniki jej przypominają wyniki stosowania pozajelitowego małych dawek mleka. Sądzi, że metoda, stosowana przez prelegenta, jest łagodnem leczeniem bodźcowem. Dobrze byłoby porównać wyniki stosowania obu metod (małe dawki mleka i szczepionka durowa) na materjale, znajdujących się w jednakowych warunkach.

Kol. Filiński Wł. Przedstawiony tu materjał nie nadaje się do obliczenia procentowego pomyślnych wyników leczenia, które możnaby zestawić z podobnemi wynikami innego postępowania leczniczego. Statystyki lecznictwa obejmują wszelkie postacie gruźlicy, a ja wybrałem tylko ciężką postępującą gruźlicę, bo nie chodziło mi wcale o powiększenie odsetek pomyślnych, a o przekonanie się, czy próbowany sposób leczenia może dać poprawę tam, gdzie przy innem postępowaniu trudnoby się było tego spodziewać.

Szczepionka durowa wywołuje odczyn gorączkowy, ale to nie wystarcza, aby leczenie nią gruźlicy odnieść tylko do t. zw. terapji bodźcowej. Wiemy o tem, że bodźce zakaźne nie wszystkie są równe. Jady influency tem się różnią od innych, że ułatwiają rozwój gruźlicy. Czyż nie można przypuścić istnienia takich jadów, które poza swojem drażniącem, nieswoistem działaniem będą jeszcze wywierać wpływ hamujący na gruźlicę? Chociaż wszystkie *antipyretica* obniżają gorączkę i łagodzą ból, to przecież leczenie zimnicy chininą nie jest leczeniem przeciwgorączkowem.

Zast. Sekr. Dorocz.: *M. Kruszówna.*
Prezes: *Witold Orłowski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Ze względu na obecne ciężkie położenie materjalne lekarzy, Zarząd Izby Lekarskiej lwowskiej zwraca się do Kolegów posiadających dobrą podstawę egzystencji, by w bieżącym roku nie obejmowali wzgl. zrezygnowali z zastępstw wakacyjnych (np. w Kasie Chorych) na rzecz Kolegów „bezrobotnych".

Za Naczelnika Izby: *Prof. Dr. Reis.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Pan Prezydent Rzeczypospolitej zatwierdził wybór Dra Henryka Halbana, prof. neurologji, na rektora Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Zmarli.

Dr. Tadeusz Jaroszyński neurolog, wybitny pracownik na polu psychologji wychowawczej, współpracownik zbiorowego dzieła „Higjena szkolna" zmarł w Gnieźnie w 53 roku życia.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

II. Zjazd Międzynarodowego Tow. Ortopedów obradować będzie w Londynie od 19—22 lipca b. r. Tematy główne stanowią: 1) Mechanizm ruchów w stawach; 2) Leczenie gruźliczych zapaleń biodra.

Biuro Pośrednictwa Pracy przy Izbie Lekarskiej lwowskiej wzywa: 1) Kolegów pragnących osiedlić się na prowincji, by zarejestrowali się w Biurze Pośrednictwa Pracy ul. Zyblikiewicza 23 w poniedziałki i środy od godz. 19 do 20. — 2) Kolegów poszukujących zastępców na okres wakacyjny, by wszelkie zgłoszenia wraz z podaniem warunków skierowywali do Biura.

Ograniczenie środków odurzających zapisywanych przez lekarzy. W związku z opinją Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie znowelizowania rozporządzenia z dn. 20. V. 1929 r. o detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających, w której Zarząd wypowiedział się przeciwko wprowadzaniu ograniczeń w wolności zapisywania przez lekarzy środków odurzających, Ministerstwo Opieki Społecznej zwróciło się do Izby z zapytaniem o bliższe określenie, na jakie trudności byliby narażeni lekarze przy wykonywaniu praktyki, gdyby uprawnienia ich zostały ograniczone do zapisywania środków odurzających w formach i dawkach lekarskich. Zarząd Naczelnej Izby Lękarskiej w przesłanej odpowiedzi zaznaczył, że ograniczenie takie jest niemożliwe, ponieważ wymaga ścisłego cyfrowego określenia pojęcia „dawki lekarskiej". W rzeczywistości pojęcie to nie da się ująć w żadnej określonej cyfrze. Zdaniem Zarządu Izby, przepisy ograniczające nie powinny stawać w kolizji z obowiązkiem lekarskim pod tym pretekstem, że są istotnie lekarze popełniający nadużycia.

Medycyna społeczna.

Dnia 29 maja 1933 r. i 19 czerwca 1933 odbyła się w Tow. chirurgicznem Warszawskiem w związku z odczytami pp. L. Hirszfelda i J. Rutkowskiego dyskusja w sprawie organizacji dawców krwi w Polsce. Podkreślono, że Polska pozostała w sprawie tak zasadniczej jak transfuzja krwi organizacyjnie w tyle. Podczas gdy w innych państwach powstały organizacje dawców krwi bądźto na podstawach bezinteresownej służby społecznej, względnie za umiarkowaną opłatą, zaś organizacje dają gwarancję stanu zdrowia dawcy i regulują odpowiedzialność prawną lekarza, to w Polsce jako dawców krwi używa się często bezrobotnych. Jednocześnie brak podstaw prawnych i wygórowane ceny uniemożliwiają użycie tego zabiegu. Po dłuższej dyskusji postanowiono zwrócić sie do Wydziału Szpitalnictwa m. st. Warszawy z prośbą o stworzenie odpowiedniej organizacji, opartej o szpitale warszawskie, zaś do Departamentu Służby Zdrowia z prośbą o uregulowanie prawne tej sprawy.

Na cele opieki nad dzieckiem wyasygnowało Min. Opieki Społ. w miesiącu czerwcu przeszło 720 tysięcy złotych a to: 349 tys. na ogólne potrzeby instytucyj i zakładów opiekuńczych dla dzieci, 100 tys. na dożywianie dzieci bezrobotnych i 272 tys. na kolonje.

Różne.

Z chorób zakaźnych utrzymuje się w Polsce dur brzuszny i plamisty tudzież płonica w nasileniu przeciętnem w porównaniu z latami ostatniemi, zaś silniejsze wzmożenie wykazuje błonica, odra i krztusiec.

Rasowa polityka rządu hitlerowskiego. Na dzisiejszem pierwszem posiedzeniu nowoutworzonej stałej komisji rzeczoznawców dla „spraw rasowych i ruchu ludności" minister spraw wewn. Rzeszy dr. Frick wygłosił niezwykle znamienne, programowe przemówienie na temat polityki rasowej i ludnościowej rządu hitlerowskiego. Rząd zamierza przystąpić już w najbliższej przyszłości do gruntownej przebudowy całego ustawodawstwa pod względem socjologicznym, uwzględniając w jaknajszerszych granicach postulat utrzymania czystości rasy przez niedopuszczenie do zawarcia małżeństw mieszanych i zapobieganie rozmnażaniu się jednostek małowartościowych. Higjena społeczna zostanie zreorganizowana na nowych podstawach, a również będzie położony należyty nacisk na wychowanie nowej kadry lekarzy, którzy świadomi swej odpowiedzialności za przyszłość narodu, będą współdziałali z rządem narodowym w kierunku odrodzenia narodu niemieckiego pod względem fizycznym i moralnym. Równocześnie minister zapowiedział daleko idącą reformę szkolnictwa wyższego przedewszystkiem przez wydatne skrócenie czasu studjów fachowych, które w obecnej swej formie — zdaniem ministra — przeszkadzają młodszemu pokoleniu w zakładaniu ognisk domowych, co oczywiście ujemnie odbija się na liczbie urodzin. Największem zadaniem i naczelnym obowiązkiem narodowej rewolucji — zakończył minister — jest zagwarantowanie narodowi niemieckiemu, stanowiącemu serce Europy (?) jego stanu posiadania, oraz podniesienie jego sił żywotnych i utrzymanie czystości jego rasy. (Z Il. Kurjera Krakowskiego).

Propaganda Zdrojowisk: W związku z zaostrzeniem się stosunków politycznych między Rzeszą Niemiecką a Austrją, przedstawiciel organizacyj lekarzy austrjackich, dr. Offenberger, zwrócił się do Poselstwa polskiego w Wiedniu z propozycją nawiązania stosunków w celu zaznajomienia lekarzy austrjackich z uzdrowiskami polskiemi i kierowania do nich Austrjaków, którzy nie mogą obecnie korzystać z miejscowości kuracyjnych w Niemczech. W sprawie tej odbyła się w dniu wczorajszym w Departamencie służby zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej specjalna konferencja przy udziale przedstawicieli Ministerstw Spraw Zagranicznych i Komunikacji oraz Związku Uzdrowisk polskich. W wyniku konferencji postanowiono zaprosić do Polski dr. Offenbergera celem omówienia szczegółów wycieczki lekarzy austrjackich do Polski. Dr. Offenberger przyjedzie do Warszawy w najbliższych dniach, wycieczka zaś, w której weźmie udział około 50 lekarzy i dziennikarzy austrjackich, przyjedzie w pierwszych dniach sierpnia i zwiedzi najważniejsze uzdrowiska polskie. (Słowo Polskie).

Komunikaty.

Koło Lekarzy w Truskawcu złożyło w Izbie Lekarskiej Lwowskiej sumę 100 zł na fundusz wdów i sierot po lekarzach, zamiast wieńca na grób ś. p. Marji Pelczarowej.

Sekcja przeciwgruźlicza Państw. Nacz. Rady Zdrowia obradowała 30. VI. nad projektem statutu prewentorjum.

Podczas Zjazdu Delegatów Kół Tow. „Trzeźwość" 4 i 5 czerwca 1933 r. w Warszawie, zawiązało się z inicjatywy D-ra Aleksandra Kuropatwińskiego Koło Lekarzy Abstynentów w celu pogłębiania i rozszerzania znajomości zagadnienia alkoholizmu w świecie lekarskim, oraz przygotowywania bojowników o trzeźwość narodu. Tymczasowy Zarząd Koła Lekarzy Abstynentów tworzą Prezes: Dr. Paweł Gantkowski, prof. Higjeny Uniwersytetu Poznańskiego. Wice-prezesi: Dr. Stanisław Skalski, Naczelnik Wydziału Zdrowia Wojew. Łódzkiego i Dr. Ignacy Fuhrman, Dyrektor i Naczelny Lekarz Międzykomunalnego Zakładu Psychjatrycznego w Chełmie. Skarbnik: Dr. Aleksandra Stypułkowska i Sekretarz: Dr. Franciszek Ksawery Cieszyński. Członków Koła obowiązuje bezwzględna abstynencja od alkoholu. Opłata 2 zł rocznie za członkowstwo i 6 zł za abonament czasopisma „Trzeźwość". Pierwszem zadaniem Koła, będzie zorganizowanie Sekcji przeciwalkoholowej na XIV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Min. Skarbu ustaliło rozporządzeniem z 10. VI. b. r. cenę 1 l rektyfikatu I gatunku lub spirytusu odwodnionego do użytku aptecznego i szpitalnego, na cele naukowo-laboratoryjne oraz dezynfekcyjne dla zakładów leczniczych na 9.00 zł łącznie z opłatami monopolowemi.

Nakładem Związku Kas Chorych ukaże się w najbliższym czasie wydawnictwo „Ustawa o ubezpieczeniu społecznem". Tekst i wyjaśnienia, w opracowaniu L. Frankowskiej i E. Modlińskiego.

Redakcja otrzymała:

H. Hartmann: Gynécologie opératoire. Masson. Paris. 1933.
G. Mauric: Le disque intervertébral. Masson. Paris. 1933.
J. Gosset: Cancer du colon droit. Masson. Paris. 1933.
Ed. Benhamou: L'exploration fonctionnelle de la rate. Masson. Paris. 1933.
F. Parodi: La mécanique pulmonaire. Masson. Paris. 1933.